blue of california

Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan PPO Savings

Full PPO Savings Two-Tier Embedded Deductible 1600/3200/3200 90/70

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 Full PPO**

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Red de farmacias: **Rx Ultra**

Formulario de Medicamentos: **Plus Formulary**

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] o No Participantes[4]
Deducible médico y de farmacias por Año Calendario	*Cobertura individual*	$1,600
Este Plan combina el Deducible médico y el Deducible de farmacias en un único Deducible por Año Calendario	*Cobertura familiar*	$3,200: por persona $3,200: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario[5]

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 sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]
Cobertura individual	$3,000	$5,000
Cobertura familiar	$3,500: por persona $6,000: por Familia	$5,000: por persona $10,000: 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[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de Salud Preventivos[7]				
Servicios de Salud Preventivos	$0		Sin cobertura	
Programa de Detección Prenatal de California	$0		$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	10 %	✔	30 %	✔
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	10 %	✔	30 %	✔
Visita del médico en el hogar	10 %	✔	30 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10 %	✔	30 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	10 %	✔	30 %	✔
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.*	10 %	✔	30 %	✔
Servicios de acupuntura *Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	10 %	✔	30 %	✔
Servicios de quiropráctica *Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	10 %	✔	30 %	✔
Consulta por medio de Teladoc	$0	✔	Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0		Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	$0	✔	Sin cobertura	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	10 %	✔	30 %	✔
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	10 %	✔	30 %	✔
Aborto y servicios relacionados con el aborto	$0	✔	$0	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias *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.*	$150/visita más 10 %	✔	$150/visita más 10 %	✔
Servicios del Médico en la sala de emergencias	10 %	✔	10 %	✔
Servicios de un centro de atención urgente	10 %	✔	30 %	✔
Servicios de ambulancia *Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.*	10 %	✔	10 %	✔
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	5 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	15 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de 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	10 %	✔	Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados *Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.*				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	10 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	15 %	✔	Sin cobertura	
Servicios del médico	10 %	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de 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	10 %	✔	30 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de imágenes básicas				
Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	10 %	✔	30 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
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	10 %	✔	30 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de imágenes avanzadas *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	10 %	✔	30 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$100/visita más 10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de Rehabilitación y Habilitación *Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.*				
Consultorio	10 %	✔	30 %	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	10 %	✔	30 %	✔
Sacaleches	$0		Sin cobertura	
Medidor de glucemia	10 %		30 %	✔
Medidor de flujo máximo	10 %		30 %	✔
Dispositivos y equipos ortóticos	10 %	✔	30 %	✔
Dispositivos y equipos protésicos	10 %	✔	30 %	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de 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.*	10 %	✔	Sin cobertura	
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.*	$45/visita	✔	Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	$45/visita	✔	Sin cobertura	
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	10 %	✔	30 %	✔
SNF en un hospital	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔
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	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	10 %	✔	30 %	✔
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	10 %	✔	30 %	✔
• Tratamiento médico de nutrición	10 %	✔	30 %	✔
Servicios de diálisis	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	10 %	✔	10 %	✔
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	10 %	✔	30 %	✔

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]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes ambulatorios				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	10 %	✔	30 %	✔
Salud mental por medio de Teladoc	$0	✔	Sin cobertura	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	10 %	✔	30 %	✔
Programa de Hospitalización Parcial	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Pruebas psicológicas	10 %	✔	30 %	✔

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]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0	✔	30 %	✔
Servicios hospitalarios	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔
Atención en una residencia	10 %	✔	30 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔

Beneficios de Medicamentos Recetados[8, 9]	Su pago			
	Cuando se usan Farmacias Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Medicamentos recetados en farmacia al por menor *Por receta, hasta 30 días de suministro.*				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 que corresponda	
Medicamentos de Nivel 1	$10/receta	✔	25 % más $10/receta	✔
Medicamentos de Nivel 2	$25/receta	✔	25 % más $25/receta	✔
Medicamentos de Nivel 3	$40/receta	✔	25 % más $40/receta	✔
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta $250/receta	✔	30 % hasta $250/receta más 25 % del precio de compra	✔

Beneficios de Medicamentos Recetados[8, 9]	Su pago			
	Cuando se usan Farmacias Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
Por receta, hasta 90 días de suministro, de una farmacia al por menor para 90 días.				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$30/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	$75/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	$120/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta $750/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
Por receta, para 31 a 90 días de suministro.				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$20/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	$50/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	$80/receta	✔	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	30 % hasta $500/receta	✔	Sin cobertura	

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Algunos Medicamentos recetados (entre en blueshieldca.com/pharmacy)

Lea la Evidencia de Cobertura para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

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

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

---

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los 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 y de farmacias combinado 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 y de farmacias combinado 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.

---

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.

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

---

4 Uso de Proveedores No Participantes:

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

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

---

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo

Máximos, Blue Shield pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los 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 y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

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

Este Plan tiene OOPM por separado para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes. Medicamentos Cubiertos conseguidos en Farmacias No Participantes. Cualquier cantidad que pague por Medicamentos Cubiertos en Farmacias No Participantes cuenta para los OOPM para Proveedores Participantes.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios 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.

7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

8 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.

9 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted selecciona 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. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del medicamento. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted puede pedir una

Notas

Evaluación por Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca se cubrirá de acuerdo con el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento.

Lea la sección de la EOC sobre la forma de obtener Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una Farmacia Participante si necesita más información sobre cómo puede estar cubierto un anticonceptivo de marca sin un Copago ni un Coseguro.

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

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados están disponibles solamente en Farmacias Especializadas de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Después de llegar al Deducible, usted paga hasta $250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos preventivos de un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés). Los Medicamentos preventivos de un HDHP que se consigan en una Farmacia Participante se cubren de acuerdo con el Copago que corresponda según el nivel del Medicamento, pero no están sujetos al Deducible. Los Medicamentos preventivos de un HDHP no incluyen los Medicamentos preventivos que la Reforma de Atención de la Salud obliga a cubrir sin cargo. Visite blueshieldca.com/pharmacy para ver las listas de estos Medicamentos.

Medicamentos del servicio por correo. Usted paga el Copago o Coseguro de farmacia al por menor que corresponda para 30 días al obtener en la farmacia de servicio por correo un suministro para 30 días o menos.

Los 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)**。