

**Active Choice® Plus 300 80/60**

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).<sup>1</sup> 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.

**Cómo funciona su Plan Active Choice**

El Plan Active Choice es un plan PPO que tiene tres categorías de Beneficios que afectan el Deducible:

- Categoría de atención preventiva: es gratis para usted. Estos servicios no están sujetos a ningún Deducible.
- Categoría 1: ciertos servicios de atención de rutina. Puede usar el crédito de First Dollar Services (FDS, Servicios de Primeros Dólares) para estos servicios antes de que se aplique cualquier Deducible.
- Categoría 2: todos los demás Servicios Cubiertos. Estos servicios están sujetos a cualquier Deducible.

**Deducibles por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>**

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.

		<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup></b>
<b>Deducible médico por Año Calendario</b>	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

**Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario<sup>5</sup>**

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.

**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.

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes<sup>3</sup> o No Participantes<sup>4</sup></b>
<i>Cobertura individual</i>	\$3,000	\$10,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$3,000: por persona	\$10,000: por persona
	\$6,000: por Familia	\$20,000: por Familia

## Categoría de atención preventiva

## Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Quando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>
<b>Servicios de Salud Preventivos<sup>6</sup></b>		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	Sin cobertura
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	\$0
<b>Planificación familiar</b>		
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
<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>		
Sacaleches	\$0	Sin cobertura

## Categoría 1: First Dollar Services: Servicios Profesionales y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios<sup>7</sup>

	Quando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup> o No Participantes <sup>4</sup>	
<b>Crédito de First Dollar Services</b>	<i>Cobertura individual</i>	\$300
	<i>Cobertura familiar</i>	\$600

Blue Shield le da una cantidad de dinero cada año para que la use para ciertos servicios de atención de rutina. Estos servicios de atención de rutina se llaman "First Dollar Services".

No tiene que llegar a ningún Deducible por Año Calendario antes de que Blue Shield brinde Beneficios para los First Dollar Services. Cuando recibe servicios incluidos como First Dollar Services, Blue Shield paga el 100% de la Cantidad Permitida para los primeros \$300 por Miembro o \$600 por Familia, cada Año Calendario.

Después de alcanzar el crédito máximo de First Dollar Services correspondiente a los primeros \$300 por Miembro o \$600 por Familia, usted paga cualquier Deducible, Copago o Coseguro aplicable, según se indica a continuación en el cuadro de Beneficios de First Dollar Services de la Categoría 1. Cuando alcanza sus Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario, Blue Shield paga el 100% de la Cantidad Permitida para los servicios subsiguientes.

Nota: Solo los servicios incluidos como First Dollar Services se reembolsan como se describe más arriba. La Categoría de atención preventiva está cubierta sin costo y no se aplica a su crédito de First Dollar Services. Para conocer más sobre los First Dollar Services, lea la sección [Pago de Servicios Cubiertos](#) de la EOC.

**Categoría 1: First Dollar Services:  
Servicios Profesionales y de Diagnóstico  
para Pacientes Ambulatorios<sup>7, 8</sup>**

**Su pago**

<i>El crédito de First Dollar Services está disponible para los First Dollar Services de la Categoría 1 incluidos en esta tabla. Después de que se termine el crédito de First Dollar Services, usted es responsable del Copago o Coseguro, una vez que se haya alcanzado cualquier Deducible por Año Calendario.</i>	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios del médico</b>				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	20%		40%	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	20%		40%	
Visita del médico en el hogar	20%		40%	
<b>Otros servicios profesionales</b>				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), auxiliares médicos y terapeutas.</i>	20%		40%	
Servicios de acupuntura <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	20%		40%	
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 12 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	20%		40%	
Vasectomía	20%		40%	
Servicios de podología	20%		40%	
<b>Atención por embarazo y maternidad</b>				
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	20%		40%	
<b>Servicios de un centro de atención urgente</b>	20%		40%	

**Categoría 1: First Dollar Services:  
Servicios Profesionales y de Diagnóstico  
para Pacientes Ambulatorios<sup>7, 8</sup>**

**Su pago**

El crédito de First Dollar Services está disponible para los First Dollar Services de la Categoría 1 incluidos en esta tabla. Después de que se termine el crédito de First Dollar Services, usted es responsable del Copago o Coseguro, una vez que se haya alcanzado cualquier Deducible por Año Calendario.	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<p><b>Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio</b></p>				
<p>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.</p>				
<p>Servicios de laboratorio, excepto situaciones de emergencia y cirugía</p>				
<p>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de laboratorio</li> </ul>	20%		40%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
<p>Servicios de radiografías e imágenes, excepto situaciones de emergencia y cirugía</p>				
<p>Se incluye mamografía de diagnóstico.</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios</li> </ul>	20%		40%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	

**Categoría 1: First Dollar Services:  
Servicios Profesionales y de Diagnóstico  
para Pacientes Ambulatorios<sup>7, 8</sup>**

**Su pago**

El crédito de First Dollar Services está disponible para los First Dollar Services de la Categoría 1 incluidos en esta tabla. Después de que se termine el crédito de First Dollar Services, usted es responsable del Copago o Coseguro, una vez que se haya alcanzado cualquier Deducible por Año Calendario.	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<p>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, excepto situaciones de emergencia y cirugía</p> <p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio</li> <li>• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul> <p>Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, excepto situaciones de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios</li> <li>• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	<p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>		<p>40%</p> <p>40%</p> <p>Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día</p> <p>40%</p> <p>40%</p> <p>Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día</p>	
<p><b>Servicios de rehabilitación y habilitación</b></p> <p><i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio</li> <li>• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</li> </ul>	<p>20%</p> <p>20%</p>	<p>40%</p> <p>40%</p> <p>Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día</p>	
<p><b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DME que no esté incluido en atención preventiva</li> <li>• Dispositivos y equipos ortóticos</li> <li>• Dispositivos y equipos protésicos</li> </ul>	<p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>	<p>40%</p> <p>40%</p> <p>40%</p>	

**Categoría 1: First Dollar Services:  
Servicios Profesionales y de Diagnóstico  
para Pacientes Ambulatorios<sup>7, 8</sup>**

**Su pago**

<i>El crédito de First Dollar Services está disponible para los First Dollar Services de la Categoría 1 incluidos en esta tabla. Después de que se termine el crédito de First Dollar Services, usted es responsable del Copago o Coseguro, una vez que se haya alcanzado cualquier Deducible por Año Calendario.</i>	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Otros servicios y suministros</b>				
Servicios de atención de la diabetes				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos, equipos y suministros</li> </ul>	20%		40%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes</li> </ul>	20%		40%	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	20%		40%	
<b>Visita al consultorio para pacientes ambulatorios para el tratamiento médico de dientes, encías, articulaciones temporomandibulares o huesos de la mandíbula, excepto cirugía</b>	20%		40%	

**Categoría 1: First Dollar Services:  
Beneficios de Salud Mental y por  
Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas<sup>7</sup>**

**Su pago**

<i>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.</i>	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$0		40%	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, 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%		40%	
Programa de Hospitalización Parcial	20%		40%	
Pruebas psicológicas	20%		40%	

**Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios<sup>8</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios del médico</b>				
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios, con excepción de los servicios de la Categoría 1	20%		40%	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	20%		40%	
<b>Otros servicios profesionales</b>				
Consulta mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
<b>Atención por embarazo y maternidad</b>				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	20%		40%	
<b>Servicios de emergencia</b>				
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita más 20%		\$100/visita más 20%	
<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	20%		20%	
<b>Servicios de ambulancia</b>				
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>	20%		20%	
<b>Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios</b>				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$250/cirugía más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$400/cirugía más 20%		40% 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	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	

**Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios<sup>8</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<b>Servicios de un centro de atención para pacientes internados</b>				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$500/admisión más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	
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>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales</li> </ul>	\$500/admisión más 20%		Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para pacientes internados por parte de un médico</li> </ul>	20%		Sin cobertura	
<b>Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados</b>				
<i>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.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	\$500/admisión más 20%		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$400/cirugía más 20%		Sin cobertura	
Servicios del médico	20%		Sin cobertura	



**Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios<sup>8</sup>**

**Su pago**

	<b>Cuando se usan Proveedores Participantes<sup>3</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>	<b>Cuando se usan Proveedores No Participantes<sup>4</sup></b>	<b>Se aplica el CYD<sup>2</sup></b>
<p><b>Servicios de atención de la salud en el hogar</b></p> <p><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></p>	20%		Sin cobertura	
<p><b>Servicios de infusión y de inyección en el hogar</b></p> <p>Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i></p> <p>Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión</p> <p>Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i></p>	20%		Sin cobertura	
<p><b>Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b></p> <p><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></p> <p>SNF independiente</p> <p>SNF en un hospital</p>	20%		20% 40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	
<p><b>Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales</b></p> <p><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></p>	\$0		Sin cobertura	

## Categoría 2: Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Internados y Ambulatorios<sup>8</sup>

### Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Otros servicios y suministros</b>				
Servicios de diálisis	20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	20%		20%	

## Categoría 2: Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

### Su pago

<i>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.</i>	Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA <sup>3</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>	Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA <sup>4</sup>	Se aplica el CYD <sup>2</sup>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>				
Salud conductual mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
<b>Servicios para pacientes internados</b>				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0		40%	
Servicios hospitalarios	\$500/admisión más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	
Atención en una residencia	\$500/admisión más 20%		40% Sujeto a un Beneficio máximo de \$600/día	

## Autorización previa

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

- Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

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

### 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.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) 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.

## Notas

---

Este Plan tiene OOPM para Proveedores Participantes y OOPM combinados para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para sus OOPM para Proveedores Participantes también cuenta para sus OOPM combinados para Proveedores Participantes y No 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 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 First Dollar Services:**

La cobertura familiar tiene un crédito máximo de FDS combinado. Cada Año Calendario, cuando usted o uno de sus Dependientes tiene cargos permitidos para FDS, la cantidad que paga Blue Shield por esos servicios se descuenta de la cantidad de crédito de FDS Familiar.

Crédito sobrante. Es posible transferir toda porción sin usar del crédito de FDS y usarlo en el próximo Año Calendario. Para conocer más sobre el crédito sobrante, lea la sección *Pago de Servicios Cubiertos* de la EOC.

---

### **8 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 después de que se termine el crédito máximo de First Dollar Services.

---

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

# Blue Shield of California

## Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Correo electrónico: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)**

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California

**IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

**重要通知：** 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

**QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

**MAHALAGA:** Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

**Baa' ákohwiindzindooígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bííniǰahah? Doo bííniǰahahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltaǰígí'í' nihee hółó. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bíiǰahah. Doo ɓaǰah ílinígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíilnih dóó námbóo éí díí Blue Shield bee nésho'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíilnih. (Navajo)

**중요:** 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

**ԿԱՐԴՎՈՐ Է:** Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Օտարալեզուներն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

**ВАЖНО:** Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

**重要：** お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

**مهم:** آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید.  
(Persian)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**ប្រការសំខាន់៖** តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទក្លាមញ់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

**المهم:** هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198.  
(Hmong)

**สำคัญ:** คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้  
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย  
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร  
(866) 346-7198 (Thai)

**महत्वपूर्ण:** क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मॅबर/कस्टमर सर्विसे टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

**ສິ່ງສໍາຄັນ:** ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້ໄດ້.  
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ  
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,  
ຫຼືໂທໂທເບີ(866) 346-7198. (Laotian)