

¿No está seguro de lo que significa?

Use este glosario como una referencia práctica para algunos términos frecuentes relacionados con los beneficios de salud.

A continuación, se brindan definiciones relacionadas con los términos de los planes de salud de Blue Shield. Es posible que algunos términos no correspondan a su plan. Consulte su *Evidencia de cobertura* o su *Folleto de beneficios* para obtener detalles.

Autorización previa: Algunos servicios exigen autorización previa antes del tratamiento además de la referencia de su médico. Una referencia y una autorización previa son dos cosas distintas. Por ejemplo, cuando su médico de atención primaria no puede brindarle el tratamiento que usted necesita, lo refiere a un especialista. Sin embargo, si usted necesita una estadía en el hospital o determinados procedimientos quirúrgicos, tratamientos radiológicos, etc., Blue Shield of California debe autorizar estos servicios médicos antes de que usted pueda recibirlos. Antes de recibir este tipo de servicios, llame al número del Servicio para Miembros o de Shield Concierge que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield para obtener una autorización previa.

Beneficios (servicios cubiertos): Los servicios y suministros médicamente necesarios cubiertos por el plan de salud.

Cantidad permitida: La cantidad total en dólares que Blue Shield ha establecido para los beneficios que ha recibido el miembro. Los médicos que establecieron un contrato con Blue Shield deben aceptar esta cantidad como la totalidad del pago. Si un miembro decide ir fuera de nuestras redes, es posible que sea responsable de un pago mucho mayor.

Copago/coseguro: La cantidad predeterminada (copago) o un porcentaje del costo (coseguro) que le corresponde pagar a usted según los beneficios de su plan.

Deducible: La cantidad en dólares que usted debe pagar por los servicios cubiertos cada año civil antes de que Blue Shield empiece a pagar los beneficios establecidos por su plan. Usted es responsable de pagar esa cantidad. Los servicios específicos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que usted alcance el deducible por año civil.

Es posible que usted tenga dos tipos de deducibles: médico y de farmacias. Su deducible médico corresponde a servicios cubiertos como las visitas al consultorio del médico. Su deducible de farmacias corresponde a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se obtienen de un proveedor participante.

Evidencia de cobertura o Folleto de beneficios: Los documentos de Blue Shield oficiales que describen los beneficios, los copagos o coseguros, y las exclusiones y limitaciones de los miembros.

Formulario de medicamentos recetados: La lista de medicamentos preferidos que Blue Shield establece para sus beneficios de medicamentos recetados. Esta lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca que han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos).

Gastos de bolsillo máximos: El copago o coseguro máximo que le corresponde pagar a usted cada año civil por los servicios cubiertos. Los copagos o coseguros para una pequeña cantidad de servicios cubiertos no se aplican a los gastos de bolsillo máximos anuales. Usted seguirá siendo responsable de los copagos o coseguros para dichos servicios incluso después de alcanzar los gastos de bolsillo máximos.

Niveles de medicamentos recetados: Los medicamentos recetados se clasifican en los siguientes niveles en el Resumen de la cobertura de medicamentos recetados:

- Nivel 1: La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca de bajo costo incluidos en el formulario estándar de Blue Shield.
- Nivel 2: Los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos incluidos en el formulario estándar de Blue Shield.
- Nivel 3: Los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos incluidos en el formulario estándar de Blue Shield.
- Nivel 4: Los medicamentos especializados o los medicamentos que cuestan más de \$600.

Proveedores de la red/proveedores participantes/red de proveedores: Los proveedores (que incluyen médicos, hospitales, centros de atención urgente, etc.) que han aceptado establecer un contrato con Blue Shield para brindar servicios cubiertos a los miembros de un determinado plan de salud. Los proveedores participantes son aquellos que han aceptado la tarifa contratada de Blue Shield por los servicios cubiertos.