blue of california

Resumen de Beneficios

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust

Desde el 29 de julio de 2023
HMO Platinum POS Plan

HMO Platinum POS Plan

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

Red de Proveedores Médicos: Redes de HMO y PPO

Este Plan ofrece beneficios en dos niveles diferentes:

- **Nivel I (Proveedores Participantes de HMO):** Los servicios deben ser brindados o estar autorizados previamente por su Médico de Atención Primaria o su Grupo Médico/IPA, excepto en el caso de una emergencia o cuando se especifique lo contrario. Lea su EOC para saber cómo obtener acceso a la atención en este nivel.
- **Nivel II (Proveedores Participantes de PPO):** Los servicios son brindados por Proveedores Participantes para los servicios profesionales para pacientes ambulatorios que se brindan en el consultorio. Cualquier Copago o Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

Usted es responsable de cualquier Copago o Coseguro y de cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducibles por Año Calendario (CYD)[2]

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

		Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	Proveedores Participantes de Nivel II[3]
Deducible médico por Año Calendario	*Cobertura individual*	$0	$0
	Cobertura familiar	$0: por persona	$0: por persona
		$0: por Familia	$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario[4]

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	Proveedores Participantes de Nivel II[3]
Cobertura individual	$1,500	$8,000
Cobertura familiar	$1,500: por persona $3,000: por Familia	$8,000: por persona $16,000: por Familia

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

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

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

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de Salud Preventivos[6]				
Servicios de Salud Preventivos	$0		$30/visita	
Programa de Detección Prenatal de California	$0		$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	$10/visita		$30/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	$10/visita		$30/visita	
Visita del médico en el hogar	$10/visita		$30/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	$0		Sin cobertura	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	$0		Sin cobertura	
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional *Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos y terapeutas.*	$10/visita		$30/visita	
Servicios de acupuntura	Sin cobertura		Sin cobertura	
Servicios de quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Consulta mediante Teladoc	$0		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	$0		Sin cobertura	
• Colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable	$0		$30/visita	
• *En el Nivel II, los servicios únicamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.*				
• Ligadura de trompas	$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	$10/cirugía		Sin cobertura	
Servicios de podología	$10/visita		$30/visita	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	$0		Sin cobertura	
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	$0		20 %	

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Aborto y servicios relacionados con el aborto	$0		$0	
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.*	$50/visita		$50/visita	
Servicios del Médico en la sala de emergencias	$0		$0	
Servicios de un centro de atención urgente	$10/visita		$10/visita	
Servicios de ambulancia *Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.*	$0		$0	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	$0		Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	$0		Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	$0		Sin cobertura	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	$0		Sin cobertura	
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	$0		Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0		Sin cobertura	

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
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	$0		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	$0		Sin cobertura	
Servicios del médico	$0		Sin cobertura	
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, 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.*				
Servicios de laboratorio *Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.*				
• Centro de laboratorio *En el Nivel II, los servicios únicamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.*	$0		$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de radiografías e imágenes *Se incluye mamografía de diagnóstico.* • Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios *En el Nivel II, los servicios únicamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.*	$0		$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *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).* • Consultorio *En el Nivel II, los servicios únicamente están cubiertos si se reciben en el consultorio del Médico.*	$0		$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear • Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	$0		Sin cobertura	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación *Se incluyen servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia Respiratoria. En el Nivel II, hasta 12 visitas por Miembro, por Año Calendario.* Consultorio	$10/visita		$30/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	
Servicios de terapia del habla Consultorio	$10/visita		$30/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		Sin cobertura	

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	$0		Sin cobertura	
Sacaleches	$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos protésicos	$0		Sin cobertura	
Servicios de atención de la salud en el hogar *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.*	$0		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.*	$0		Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	$0		Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)				
SNF independiente	$0		Sin cobertura	
SNF en un hospital	$0		Sin cobertura	
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	
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	$0		Sin cobertura	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	$0		$30/visita	
• Tratamiento médico de nutrición	$0		$30/visita	
Servicios de diálisis	$0		Sin cobertura	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	$0		Sin cobertura	

Beneficios[5]	Su pago			
	Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	$0		$0	
Inmunizaciones y vacunas para viajar	$10/inyección		$30/inyección	
Examen ocular *Un examen ocular completo en un período de 12 meses consecutivos brindado a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) contratado.*				
• Examen oftalmológico	$10/visita		$0 hasta $60/año más 100 % de los cargos adicionales	
• Examen optométrico	$10/visita		$0 hasta $50/año más 100 % de los cargos adicionales	

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.	**Proveedores del Plan HMO de Nivel I[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Proveedores Participantes de Nivel II[3]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes ambulatorios				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	$10/visita		$10/visita	
Servicios de salud mental por medio de Teladoc	$0		Sin cobertura	
Atención intensiva para pacientes ambulatorios	$0		Sin cobertura	
Tratamiento de Salud Conductual en el consultorio	$0		$0	
Tratamiento de Salud Conductual en el hogar o en otro centro de atención no institucional	$0		$0	
Tratamiento con opioides en el consultorio	$0		$0	
Programa de Hospitalización Parcial	$0		Sin cobertura	
Pruebas psicológicas	$0		Sin cobertura	
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0		Sin cobertura	
Servicios hospitalarios	$0		Sin cobertura	
Atención en una residencia	$0		Sin cobertura	

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 de beneficios. 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 de Nivel I y Nivel II:

Los Proveedores Participantes de Nivel I y Nivel II 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 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 por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM por separado para Proveedores del Plan HMO de Nivel I y Proveedores Participantes de Nivel II. Cualquier cantidad que pague que cuente para los OOPM de Nivel I también cuenta para los OOPM de Nivel II. Los Costos Compartidos de Nivel II aplicables solo cuentan para los OOPM de Nivel II.

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

5 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

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

Notas

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 en la red de proveedores de Nivel 1. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

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

Pb041023

blue of california

Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust
Desde el 29 de julio de 2023
HMO/POS

HMO Platinum POS, HMO Platinum Trio Enhanced Rx $5/10/25 Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:	**Rx Ultra**
Formulario de Medicamentos:	**Plus Formulary**

Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD)[1]

El Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

		Cuando se usan Farmacias Participantes[2]
Deducible de Farmacias por Año Calendario	*Por Miembro*	$0

Beneficios de Medicamentos Recetados[3, 4]

	Su pago	
	Cuando se usan Farmacias Participantes[2]	**Se aplica el CYPD[1]**
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
Por receta, hasta 30 días de suministro.		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0	
Medicamentos de Nivel 1	$5/receta	
Medicamentos de Nivel 2	$10/receta	
Medicamentos de Nivel 3	$25/receta	
Medicamentos de Nivel 4	$10/receta	
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	
Medicamentos de Nivel 1	$15/receta	
Medicamentos de Nivel 2	$30/receta	
Medicamentos de Nivel 3	$75/receta	
Medicamentos de Nivel 4	$30/receta	

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

Beneficios de Medicamentos Recetados[3, 4]	Su pago: Cuando se usan Farmacias Participantes[2]	Su pago: Se aplica el CYPD[1]
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
Por receta, hasta 90 días de suministro.		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	$0	
Medicamentos de Nivel 1	$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	$20/receta	
Medicamentos de Nivel 3	$50/receta	
Medicamentos de Nivel 4	$20/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Calendario, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✔) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✔) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/pharmacy.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como

Notas

esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 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 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.

Los modelos de beneficios 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

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**.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association A49726-DMHC-SP (1/18)

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。如需免费幫助，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 naaltsoosísh yíiníłta'go bíiníghah? Doo bíiníghahgóó éí, naaltsoos nich'į' yiidóołtahígíí ła' nihee hóló. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníił nínízingo bíighah. Doo bąąh íliníigó shíká' adoowoł nínízingó nihich'į' béésh bee hodíilnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'dílzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jį' 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)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն 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 346-7198 (866) 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। ਮੁਫ਼ਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់ៈ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ 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 346-7198 (866).(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 โปรดขอคงามช่วยจากผู้อ่านได้ 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। नि:शुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मेंबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້.ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ, ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)