blue of california

Resumen de Beneficios

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust
Desde el 31 de julio de 2021
Plan PPO

PPO Needles Plan

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.

Deducibles por Año Calendario (CYD)[2]

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

		Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]
Deducible médico por Año Calendario	*Cobertura individual*	$0	$250
	Cobertura familiar	$0: por persona	$250: por persona
		$0: por Familia	$750: 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 usa cualquier combinación de Proveedores Participantes[3] o No Participantes[4]
Cobertura individual	$1,500	$2,250
Cobertura familiar	$1,500: por persona	$2,250: por persona
	$3,000: por Familia	$4,750: 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		30%	✔
Programa de Detección Prenatal de California	$0		$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	$10/visita		30%	✔
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	$10/visita		30%	✔
Visita del médico en el hogar	$10/visita		30%	✔
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	$0		30%	✔
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	$0		30%	✔
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional *Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), auxiliares médicos y terapeutas.*	$10/visita		30%	✔
Servicios de acupuntura *Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	$0		30%	✔
Servicios de quiropráctica *Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	$10/visita		30%	✔
Consulta mediante Teladoc	$0		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	$0		30%	✔
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0		30%	✔
• Ligadura de trompas	$0		30%	✔
• Vasectomía	$75/cirugía		30%	✔
Servicios de podología	$10/visita		30%	✔
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	$10/visita		30%	✔
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	$150/cirugía		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 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		30%	✔
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		30%	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	$0		30%	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	$0		30%	✔
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	$0		30%	✔
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[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 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	$0		30%	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		30%	✔
Servicios de radiografías e imágenes				
Se incluye mamografía de diagnóstico.				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	$0		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]
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		30%	✔
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	$0		30%	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		30%	✔
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	$0		30%	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$0		30%	✔
Servicios de Rehabilitación y Habilitación *Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.*				
Consultorio	$10/visita		30%	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	$10/visita		30%	✔
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	$0		30%	✔
Sacaleches	$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	$0		30%	✔
Dispositivos y equipos protésicos	$0		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.*	$0		Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar				
Servicios de una agencia de infusión en el hogar *Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.*	$0		Sin cobertura	
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	$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) *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	$0		$0	
SNF en un hospital	$0		30%	✔
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		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]**
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	$10/visita		30%	✔
Servicios de diálisis	$0		30%	✔
Productos Alimenticios Especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	$0		$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	$0		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/visita		30%	✔
Salud conductual mediante 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	$0		30%	✔
Programa de Hospitalización Parcial	$0		30%	✔
Pruebas psicológicas	$0		30%	✔
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	$0		30%	✔
Servicios hospitalarios	$0		30%	✔
Atención en una residencia	$0		30%	✔

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.

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 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.

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. Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible Familiar, se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

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 o el Beneficio máximo, el que sea más bajo.

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, o

- cualquier cargo que sea mayor que la cantidad de dinero mencionada, que es el Beneficio máximo.

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida o el Beneficio máximo, el que sea más bajo.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida o el Beneficio máximo 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, los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

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 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 a un Proveedor Participante. 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.

blue of california

Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Teamsters Local 1932 Health and Welfare Trust
Desde el 31 de julio de 2021
PPO

PPO Needles Enhanced Rx $10/15/15 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] o No Participantes[3]
Deducible de Farmacias por Año Calendario	*Por Miembro*	$0

Beneficios de Medicamentos Recetados[4, 5]

	Su pago			
	Cuando se usan Farmacias Participantes[2]	**Se aplica el CYPD[1]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[3]**	**Se aplica el CYPD[1]**
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	$15/receta		25% más $15/receta	
Medicamentos de Nivel 3	$15/receta		25% más $15/receta	
Medicamentos de Nivel 4	$10/receta		25% más $10/receta	

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

Beneficios de Medicamentos Recetados[4, 5]	Su pago			
	Cuando se usan Farmacias Participantes[2]	**Se aplica el CYPD[1]**	**Cuando se usan Farmacias No Participantes[3]**	**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		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	$10/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	$15/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	$15/receta		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	$10/receta		Sin cobertura	
Medicamentos orales anticancerígenos *Por receta, hasta 30 días de suministro.*	Copago de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 o Nivel 4 que corresponda		Sin cobertura	

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.

Todo Copago, Coseguro y CYPD aplicable 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.

Notas

3 Uso de Farmacias No Participantes:

Las Farmacias No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados de una Farmacia No Participante, usted debe pagar todos los cargos por el medicamento recetado y presentar después un formulario de reclamación completo para pedir un reembolso. El reembolso dependerá del precio que haya pagado por el Medicamento.

4 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 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.

5 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 pueden conseguirse solamente en una Farmacia Especializada de la Red, hasta 30 días de suministro.

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)

Glosario

¿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: Para algunos servicios se exige 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 ser hospitalizado o necesita que le hagan 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 que están 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 tienen 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 de 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 tales 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 oficiales de Blue Shield 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 mantiene Blue Shield 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 esos servicios incluso después de alcanzar los gastos de bolsillo máximos.

Niveles de medicamentos recetados: Los medicamentos recetados incluidos en el formulario normalmente se agrupan en niveles según categorías definidas, como medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos y medicamentos especializados. El nivel de su medicamento determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar. Un beneficio de medicamentos típico incluye tres o cuatro niveles. Puede encontrar información sobre lo que debe pagar en cada nivel de medicamentos en los documentos de su plan de salud.

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.

A50071-SP (7/19)