



Resumen de Beneficios

Altamed Health Services Corporation
Desde el 1 de enero de 2024
Plan HMO

AltaMed Health Services Corporation Classic HMO 15/200 Admit/100 OP

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 Local Access+ HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Local Access+ HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. 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 Participantes³

Deducible médico por Año Calendario	Cobertura individual	\$0
	Cobertura familiar	\$0: por persona \$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

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 EOC.

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.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

Cobertura individual	\$1,500
Cobertura familiar	\$1,500: por persona \$3,000: por Familia

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

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$15/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Access+ (sin referencia médica)	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$15/visita	
Visita del médico en el hogar	\$15/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0	
Otros servicios profesionales		
Visita al consultorio de otro profesional	\$15/visita	
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>		
Consulta mediante Teladoc	\$0	
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento, consultas y educación • Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado • Ligadura de trompas • Vasectomía 	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$15/visita	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita	
<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	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente		
	\$15/visita	
Servicios de ambulancia		
	\$100/transporte	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$100/cirugía	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$100/cirugía	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados		
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	\$200/admisión	
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>		
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	\$200/admisión	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
<i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Servicios de imágenes básicas		
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografía de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
<i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i>		
• Consultorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes avanzadas		
<i>Se incluyen imágenes radiológicas y de medicina nuclear 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).</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$75/visita	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$75/visita	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i>		
Consultorio	\$15/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$15/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	20 %	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de atención de la salud en el hogar <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>	\$15/visita	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i> Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	\$0 \$0	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <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> SNF independiente SNF en un hospital	\$0 \$0	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <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>	\$0	
Otros servicios y suministros Servicios de atención de la diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos, equipos y suministros 20 % • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes \$15/visita • Tratamiento médico de nutrición \$15/visita Servicios de diálisis \$0 Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) \$0 Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio 50 %		

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
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$15/visita	
Servicios de salud mental por medio de Teladoc	\$0	
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	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	
Pruebas psicológicas	\$0	
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$200/admisión	
Atención en una residencia	\$200/admisión	

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

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

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

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio de Teladoc. El Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA) de Blue Shield no administra estos servicios.

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 los Cargos Permitidos 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 los Cargos Permitidos y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

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.

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.

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



**Cláusula adicional sobre los Medicamentos
Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Altamed Health Services Corporation
Desde el 1 de enero de 2024
HMO/POS

AltaMed Health Services Corporation Classic HMO 15/200 Rx Plan
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.

Quando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Calendario	<i>Por Miembro</i>	\$0
--	--------------------	-----

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Quando se usan Farmacias Participantes²	Se aplica el CYPD¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$5/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$35/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$150/receta	
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro, de una farmacia al por menor para 90 días.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$15/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$60/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$105/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	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$450/receta	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$70/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$300/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 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.

Consulte la sección Cómo obtener Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una Farmacia Participante de la EOC para más información sobre cómo un anticonceptivo de marca puede estar cubierto sin un Copago o Coseguro.

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

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

Medicamentos Orales Anticancerígenos. 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.

Medicamentos de servicio por correo. Usted paga el Copago o Coseguro aplicable de una farmacia al por menor para 30 días para 30 días de suministro o menos de una farmacia de servicio por correo.

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

Notices available online

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。