

Resumen de Beneficios

Plan Grupal
Plan PPO

Bronze Tandem PPO 6850/55 OffEx

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 Tandem PPO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Tandem 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.

Red de farmacias:

Rx Spectrum

Formulario de Medicamentos:

Formulario estándar

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. 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.

| | | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Quando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes ³ y No Participantes ⁴ |
|--|-----------------------------|---|---|
| Deducible médico por Año Calendario | <i>Cobertura individual</i> | \$6,850 | \$10,850 |
| | <i>Cobertura familiar</i> | \$6,850: por persona \$13,700: por Familia | \$10,850: por persona \$21,700: por Familia |
| Deducible de farmacias por Año Calendario | <i>Cobertura individual</i> | \$650 | Sin cobertura |
| | <i>Cobertura familiar</i> | \$650: por persona \$1,300: por Familia | Sin cobertura |

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

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

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

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

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Quando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴ |
|-----------------------------|---|---|
| <i>Cobertura individual</i> | \$8,750 | \$17,500 |
| <i>Cobertura familiar</i> | \$8,750: por persona \$17,500: por Familia | \$17,500: por persona \$35,000: por Familia |

Cobertura desde el Primer Dólar:

3 visitas al consultorio por Año Calendario

Este Plan tiene cobertura desde el primer dólar (FDC, por sus siglas en inglés) para 3 visitas al consultorio con Proveedores Participantes. Esto significa que Blue Shield pagará por estos Servicios Cubiertos antes de que usted llegue a cualquier Deducible Médico por Año Calendario. Estos servicios están identificados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está abajo.

La cobertura desde el primer dólar está disponible para visitas al consultorio de un Médico participante, un Proveedor de Atención de la Salud participante o un Proveedor Participante del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés), para cualquier combinación de estos servicios:

- Visita al consultorio para recibir atención primaria (por un Médico de Atención Primaria)
- Visita al consultorio para recibir atención de un especialista
- Visita al consultorio de otro profesional
- Visita al consultorio para recibir servicios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios
- Servicio de podología
- Atención urgente

Después de llegar a la cantidad máxima de visitas con el beneficio de la cobertura desde el primer dólar, las visitas al consultorio adicionales en el mismo Año Calendario están sujetas a cualquier Deducible médico por Año Calendario.

La cobertura desde el primer dólar se brinda de forma adicional a las visitas al consultorio para recibir Servicios de Salud Preventivos cubiertos. Los Servicios de Salud Preventivos cubiertos también son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario.

Beneficios⁶

Su pago

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Se aplica la FDC | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|------------------|--|-------------------------------|
| Servicios de Salud Preventivos⁷ | | | | | |
| Servicios de Salud Preventivos | \$0 | | | Sin cobertura | |
| Programa de Detección Prenatal de California | \$0 | | | \$0 | |
| Servicios del médico | | | | | |
| Visita al consultorio para recibir atención primaria | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Visita al consultorio para recibir atención de un especialista | \$75/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Visita del médico en el hogar | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Se aplica la FDC | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|------------------|--|-------------------------------|
| Otros servicios profesionales | | | | | |
| Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos y terapeutas.</i> | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Servicios de acupuntura | \$25/visita | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Servicios de quiropráctica <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i> | \$15/visita | | | 50 % | ✓ |
| Consulta mediante Teladoc | \$0 | | | Sin cobertura | |
| Planificación familiar | | | | Sin cobertura | |
| • Asesoramiento, consultas y educación | \$0 | | | Sin cobertura | |
| • Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado | \$0 | | | Sin cobertura | |
| • Ligadura de trompas | \$0 | | | Sin cobertura | |
| • Vasectomía | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Servicios de podología | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Atención por embarazo y maternidad | | | | | |
| Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal inicial | \$0 | | | 50 % | ✓ |
| Aborto y servicios relacionados con el aborto | \$0 | | | \$0 | |
| Servicios de emergencia | | | | | |
| Servicios de la sala de emergencias <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> | 50 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Servicios del Médico en la sala de emergencias | 35 % | ✓ | | 35 % | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Se aplica la FDC | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|------------------|--|-------------------------------|
| Servicios de un centro de atención urgente | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Servicios de ambulancia <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i> | 35 % | ✓ | | 35 % | ✓ |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | | | | | |
| Centro Quirúrgico Ambulatorio | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía | \$200/cirugía más 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados | | | | | |
| Servicios hospitalarios y estadía en un hospital | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día | ✓ |
| Servicios de trasplante <i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i> | | | | | |
| • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| • Servicios para pacientes internados por parte de un médico | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Se aplica la FDC | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|------------------|--|-------------------------------|
| Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados | | | | | |
| <p><i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i></p> | | | | | |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | \$200/cirugía más 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Servicios del médico | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio | | | | | |
| <p><i>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.</i></p> | | | | | |
| <p>Servicios de laboratorio</p> <p><i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de laboratorio | | | | | |
| | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² | Se aplica la FDC | Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Servicios de radiografías e imágenes | | | | | |
| <i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios | | | | | |
| <i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultorio | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$100/visita más 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² | Se aplica la FDC | Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| Servicios de Rehabilitación y Habilitación | | | | | |
| <i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla. No hay límite de visitas para los Servicios de Rehabilitación y Habilitación.</i> | | | | | |
| Consultorio | \$55/visita | ✓ | | 50 % 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | \$55/visita | ✓ | | | ✓ |
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) | | | | | |
| DME | 50 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Sacaleches | \$0 | | | Sin cobertura | |
| Dispositivos y equipos ortóticos | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| Dispositivos y equipos protésicos | 35 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| 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> | | | | | |
| 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> | \$45/visita | ✓ | | Sin cobertura | |
| Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i> | \$45/visita | ✓ | | Sin cobertura | |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² | Se aplica la FDC | Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| 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 | 35 % | ✓ | | 50 % 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día | ✓ |
| SNF en un hospital | 35 % | ✓ | | | ✓ |
| 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 | ✓ | | Sin cobertura | |
| Otros servicios y suministros | | | | | |
| Servicios de atención de la diabetes | | | | | |
| • Dispositivos, equipos y suministros | 50 % | ✓ | | Sin cobertura | |
| • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes | \$0 | | | 50 % | ✓ |
| • Tratamiento médico de nutrición | \$0 | | | 50 % | ✓ |
| Servicios de diálisis | 35 % | ✓ | | Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) | 35 % | ✓ | | 35 % | ✓ |
| Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

| <i>Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.</i> | Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA³ | Se aplica el CYD² | Se aplica la FDC | Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA⁴ | Se aplica el CYD² |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------------------|
| Servicios para pacientes ambulatorios | | | | | |
| Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico | \$55/visita | ✓ | ✓ | 50 % | ✓ |
| Servicios de salud mental por medio de Teladoc | \$0 | | | Sin cobertura | |
| Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Programa de Hospitalización Parcial | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día | ✓ |
| Pruebas psicológicas | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Servicios para pacientes internados | | | | | |
| Servicios para pacientes internados por parte de un médico | 35 % | ✓ | | 50 % | ✓ |
| Servicios hospitalarios | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día | ✓ |
| Atención en una residencia | 35 % | ✓ | | 50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/día | ✓ |

Beneficios de Medicamentos Recetados^{8, 9}

Su pago

| <i>Se aplica un Deducible de farmacias por Año Calendario por separado.</i> | Cuando se usan Farmacias Participantes³ | | Se aplica el CYD² | Cuando se usan Farmacias No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|--|---|---------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| | Nivel A | Nivel B | | | |
| Medicamentos recetados en farmacia al por menor <i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i> | | | | | |
| Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos | \$0 | \$0 | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 1 | \$20/receta | \$25/receta | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 2 | \$65/receta | \$95/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 3 | \$90/receta | \$140/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 4 | 30 % hasta \$500/receta | 30 % hasta \$500/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| 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 | \$0 | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 1 | \$60/receta | \$75/receta | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 2 | \$195/receta | \$285/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 3 | \$270/receta | \$420/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 4 | 30 % hasta \$1,500/receta | 30 % hasta \$1,500/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo <i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i> | | | | | |
| Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos | | \$0 | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 1 | | \$40/receta | | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 2 | | \$130/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 3 | | \$180/receta | ✓ | Sin cobertura | |
| Medicamentos de Nivel 4 | | 30 % hasta \$1,000/receta | ✓ | Sin cobertura | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| <i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i> | Cuando se usan Dentistas Participantes³ | Se aplica el CYD² | Cuando se usan Dentistas No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Atención dental infantil¹⁰ | | | | |
| Servicios preventivos y de diagnóstico | | | | |
| • Examen bucodental | \$0 | | 20 % | |
| • Atención preventiva: limpieza | \$0 | | 20 % | |
| • Atención preventiva: radiografías | \$0 | | 20 % | |
| • Selladores, por diente | \$0 | | 20 % | |
| • Aplicación de flúor tópico | \$0 | | 20 % | |
| • Separadores fijos | \$0 | | 20 % | |
| Servicios básicos | | | | |
| • Procedimientos reconstructivos | 20 % | | 30 % | |
| • Mantenimiento periodontal | 20 % | | 30 % | |
| • Servicios generales adicionales | 20 % | | 30 % | |
| Servicios mayores | | | | |
| • Cirugía bucodental | 50 % | | 50 % | |
| • Endodoncia | 50 % | | 50 % | |
| • Periodoncia (que no sea de mantenimiento) | 50 % | | 50 % | |
| • Coronas y moldes de yeso | 50 % | | 50 % | |
| • Prótesis dentales | 50 % | | 50 % | |
| Ortodoncia (Médicamente Necesaria) | 50 % | | 50 % | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| <i>Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.</i> | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² | Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Atención de la vista infantil¹¹ | | | | |
| Examen ocular completo | | | | |
| <i>Un examen por Año Calendario.</i> | | | | |
| • Visita oftalmológica | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$30 | |
| • Visita optométrica | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$30 | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años. | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <p>Prueba y evaluación de lentes de contacto</p> <p><i>Si elige lentes de contacto en lugar de anteojos, uno por Miembro cada 12 meses cuando se consiguen en un Proveedor Participante, siempre que sea en el mismo momento en que se hace el examen completo. Hay un máximo de dos visitas de seguimiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes estándar Lentes no estándar | <p>\$0</p> <p>Todos los cargos mayores de \$60</p> | | <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> | |
| <p>Productos para la vista/materiales</p> <p><i>Un armazón para anteojos y lentes, o lentes de contacto en lugar de anteojos, hasta el Beneficio por Año Calendario. Cualquier excepción se indica a continuación.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos o flexibles <i>Hasta dos pares por ojo por Año Calendario.</i> Optativos (fines estéticos o comodidad) <ul style="list-style-type: none"> Estándar y no estándar, rígidos <i>Hasta 3 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i> Estándar y no estándar, flexibles <i>Hasta 6 meses de suministro para cada ojo por Año Calendario según los lentes seleccionados.</i> Armazones para anteojos <ul style="list-style-type: none"> Armazones de la colección Armazones que no sean de la colección Anteojos <p><i>Los lentes incluyen una elección de lentes de vidrio o plástico, todas las potencias ópticas (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), modernos, degradados, con capa protectora, de gran tamaño y anteojos de sol recetados con cristales de color gris número 3.</i></p> | <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>Todos los cargos mayores de \$150</p> | | <p>Todos los cargos mayores de \$225</p> <p>Todos los cargos mayores de \$75</p> <p>Todos los cargos mayores de \$75</p> <p>Todos los cargos mayores de \$40</p> <p>Todos los cargos mayores de \$40</p> | |

Beneficios de Atención Infantil

Su pago

| Los Beneficios para Miembros Infantiles están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años. | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Visión simple | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$25 | |
| Bifocales con línea divisoria | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$35 | |
| Trifocales con línea divisoria | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$45 | |
| Lenticulares | \$0 | | Todos los cargos mayores de \$45 | |
| Tratamientos y lentes opcionales | | | | |
| • Protección UV (estándar únicamente) | \$0 | | Sin cobertura | |
| • Lentes de policarbonato | \$0 | | Sin cobertura | |
| • Lentes progresivos estándar | \$55 | | Sin cobertura | |
| • Lentes progresivos de calidad superior | \$95 | | Sin cobertura | |
| • Revestimiento antirreflectante (estándar únicamente) | \$35 | | Sin cobertura | |
| • Lentes de vidrio fotocromáticos | \$25 | | Sin cobertura | |
| • Lentes de plástico fotocromáticos | \$25 | | Sin cobertura | |
| • Lentes de índice alto | \$30 | | Sin cobertura | |
| • Lentes polarizados | \$45 | | Sin cobertura | |
| Equipos y exámenes de baja visión | | | | |
| • Examen completo de baja visión <i>Una vez cada 5 Años Calendario.</i> | 35 % | | Sin cobertura | |
| • Dispositivos de baja visión <i>Un dispositivo por Año Calendario.</i> | 35 % | | Sin cobertura | |
| Referencia para el control de la diabetes | \$0 | | Sin cobertura | |

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 y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Lentes de contacto no optativos para la atención de la vista infantil, y equipos y exámenes de baja visión
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Algunos Medicamentos recetados (entre en blueshieldca.com/pharmacy)

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 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.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible médico por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

- Cobertura desde el Primer Dólar (FDC): Este Plan también tiene cobertura desde el primer dólar. Lea la sección sobre la cobertura desde el primer dólar para conocer las visitas al consultorio que también son pagadas por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Los Servicios Cubiertos con la cobertura desde el primer dólar están identificados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica la FDC" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan tiene Deducibles médicos y de farmacias por separado.

Este Plan tiene un Deducible por Año Calendario para Proveedores Participantes y un Deducible por Año Calendario combinado para Proveedores Participantes y No Participantes. Esto significa que cualquier cantidad que pague para su Deducible por Año Calendario para Proveedores Participantes también cuenta para su Deducible por Año Calendario combinado para Proveedores Participantes y No Participantes.

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. Cualquier cantidad que usted haya pagado para el Deducible individual se aplicará tanto para el Deducible individual como para el Deducible Familiar. 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.

Farmacias Participantes. Blue Shield tiene dos niveles de participación para las farmacias al por menor: Nivel A y Nivel B. Puede ir a cualquier farmacia de Nivel A o Nivel B para conseguir Medicamentos cubiertos.

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 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, Blue Shield pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos para los siguientes Servicios Cubiertos después de que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario:

- Beneficios de un centro de diálisis: servicios de diálisis de un Proveedor No Participante.
- Cargos por los servicios que no están cubiertos y cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico o de farmacias por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

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. Cualquier cantidad que usted haya pagado para los OOPM individuales se aplicará tanto para los OOPM individuales como para los OOPM Familiares, excepto para los servicios de atención dental infantil Fuera de la Red. Los pagos de costo compartido para los servicios de atención dental infantil hechos por cada niño para los Servicios Cubiertos Fuera de la Red no se acumulan para los Gastos de Bolsillo Máximos Familiares.

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. 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.

8 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

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

9 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud seleccionan 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.

Pedido de Evaluación por Necesidad Médica. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento Necesario, pueden 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.

Medicamentos preventivos de un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés). Los Medicamentos preventivos de un HDHP que se consigan en una Farmacia Participante se cubren de acuerdo con el Copago que corresponda según el nivel del Medicamento, pero no están sujetos al Deducible. Los Medicamentos preventivos de

un HDHP no incluyen los Medicamentos preventivos que la Reforma de Atención de la Salud obliga a cubrir sin cargo. Visite blueshieldca.com/pharmacy para ver las listas de estos Medicamentos.

10 Cobertura de Atención Dental Infantil:

Los Beneficios de atención dental infantil se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos que sean Médicamente Necesarios se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica siempre y cuando el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

Este plan cumple con los requisitos del plan dental infantil de Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia, incluida la cobertura de servicios en casos de Necesidad Médica, tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés).

11 Cobertura de Atención de la Vista Infantil:

Los Beneficios de atención de la vista infantil se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios Cubiertos por parte de Proveedores No Participantes. No se paga Copago ni Coseguro hasta la Cantidad Permitida listada. Usted pagará todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cobertura para amazones. Si se seleccionan amazones cuyo costo supera la Cantidad Permitida para amazones según las condiciones de este Beneficio, usted pagará la diferencia entre la Cantidad Permitida y el costo establecido por el proveedor.

Los "amazones de la colección" están disponibles sin costo para los Miembros en los Proveedores Participantes. Generalmente, los Proveedores Participantes de la cadena al por menor no exhiben los amazones de la "colección", pero se mantiene una selección comparable de amazones.

Los "amazones que no sean de la colección" están cubiertos hasta una Cantidad Permitida de \$150; sin embargo, si el Proveedor Participante usa:

- precios de tiendas mayoristas, la Cantidad Permitida será de hasta \$99.06.
- precios de tiendas departamentales, la Cantidad Permitida será de hasta \$103.64.

Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de proveedores.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

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)**。