
Planes individuales y familiares: Trio HMO

Desde 1/2027



Planes Trio HMO de Blue Shield of California



Los proveedores que necesita, cerca de su hogar

Nuestro plan Trio HMO le ofrece acceso a una red de calidad de médicos y hospitales locales que se enfocan en brindar atención y ayudar a los miembros a entender y usar el sistema de atención de la salud.

Elija un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red IFP Trio HMO, quien le ayudará a obtener la atención que necesita.* Puede elegir atenderse con un PCP en persona o con un PCP virtual, con el que podrá hablar por teléfono o videollamada desde la comodidad de su hogar. Para buscar médicos de Trio HMO que brinden atención en persona o virtual, visite blueshieldca.com/networkifphmo. Para ver una lista de los grupos médicos y los hospitales en su área, visite blueshieldca.com/hmo-providers.

* Si no elige un PCP, podemos asignarle un PCP virtual. Usted siempre puede cambiar su PCP cuando lo desee.



Cómo elegir su plan

Tenemos varios planes Trio HMO entre los que puede elegir. Para encontrar el plan que mejor se ajuste a lo que necesita, piense cuánto quiere pagar por su prima mensual y por su atención de la salud. Por lo general, cuanto más alta es su prima mensual, menos paga de su bolsillo cuando recibe atención; y cuanto más baja es su prima mensual, más paga de su bolsillo cuando recibe atención. Elija el plan que sienta que le ofrece el equilibrio justo.

Ayuda financiera

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera del Gobierno para pagar las primas mensuales de cualquier plan Trio HMO de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California. Por ejemplo, una familia de cuatro integrantes que vive en el condado de Orange y tiene ingresos de \$125,000 por año podría calificar para recibir subsidios mensuales de \$737.* O una persona soltera de 30 años que vive en el condado de Los Ángeles y tiene ingresos de \$40,000 por año podría calificar para recibir un subsidio mensual de \$171. Visite blueshieldca.com/espanol para saber si es elegible o comuníquese con su corredor de seguros o con Blue Shield si necesita ayuda con los próximos pasos.

* El subsidio para familias de cuatro integrantes se basa en dos personas adultas de 40 años y dos hijos de 10 y 13 años. Este es solo un ejemplo. Covered California determina la elegibilidad para recibir el subsidio y la cantidad.

	Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
El plan se puede comprar a través de:	Blue Shield únicamente	Blue Shield y Covered California	Blue Shield y Covered California

Las cantidades de los beneficios muestran los costos del miembro cuando recibe atención de proveedores de la red.

Deducibles y cantidad máxima de gastos de bolsillo

Deducible médico por año calendario	\$7,500 por persona/ \$15,000 por familia ¹	\$5,800 por persona/ \$11,600 por familia ¹	\$4,700 por persona/ \$9,400 por familia ¹
Deducible de farmacia por año calendario	Incluido en el deducible médico	\$450 por persona/ \$900 por familia ¹	\$50 por persona/ \$100 por familia ¹
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ²	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia

Atención de sus proveedores (servicios médicos)

Médico de atención primaria	Atención preventiva	\$0	\$0	\$0
	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$65	\$60	\$50
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$95	\$100 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$100 después de alcanzar el deducible ³	\$100
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$65	\$60	\$50

Servicios de laboratorio y pruebas (radiografías de diagnóstico, estudios por imágenes y servicios de patología y laboratorio)

Servicios de laboratorio y patología en un centro de laboratorio	\$65	\$50	\$50
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	\$115	40 % (sujeto al deducible)	\$95



		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Servicios de emergencia y de atención urgente				
Sala de emergencias	Servicios del médico	50 %	\$0	\$0
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	50 % (sujeto al deducible)	40 % (sujeto al deducible)	\$400 por visita
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$65 por visita	\$60 por visita	\$50 por visita
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	50 %	40 % (sujeto al deducible)	30 %
	Servicios de un centro de atención	50 % (sujeto al deducible)	40 % (sujeto al deducible)	30 % (sujeto al deducible)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	\$150 por cirugía	40 % (sujeto al deducible)	30 %
	Servicios de un centro de atención	50 % (sujeto al deducible)	40 % (sujeto al deducible)	30 %
Atención dental y de la vista para niños (atención dental y de la vista para niños de hasta 19 años)				
Atención dental	Examen bucodental	\$0	\$0	\$0
	Limpieza preventiva	\$0	\$0	\$0
	Tratamiento tópico con flúor	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista	Examen completo de la vista	\$0	\$0	\$0
	Anteojos (armazones de la colección) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Lentes de contacto (duras o blandas, optativas o no optativas)	\$0	\$0	\$0
Medicamentos recetados obtenidos en su farmacia local de la red o a través del servicio de envío al hogar de Amazon Pharmacy				
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos	Suministro para 30 días	\$0	\$0	\$0
Nivel 1	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0	\$0	\$0
	Suministro para 30 días	\$15 por receta	\$20 por receta	\$20 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$45 por receta	\$60 por receta	\$60 por receta

		Bronze 7500 Trio HMO	Blue Shield Bronze 60 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$115 por receta (sujeto al deducible)	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	\$65 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$345 por receta (sujeto al deducible)	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	\$195 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 3	Suministro para 30 días	50 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible)	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	\$95 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	50 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	\$285 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 4	Suministro para 30 días	50 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible)	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	20 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	50 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	20 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible de farmacia)
Beneficios adicionales				
Elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)	Hable con su asesor financiero o de impuestos si tiene alguna pregunta sobre las HSA.	Sí	Sí	No
Cobertura fuera del estado	Área de servicio de BlueCard®	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>
Otros servicios profesionales	Consulta de Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Servicios de quiropráctica	\$20 por visita (12 visitas por miembro por año calendario)	Sin cobertura	Sin cobertura

	Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
El plan se puede comprar a través de:	Blue Shield únicamente	Covered California únicamente	Covered California únicamente

Las cantidades de los beneficios muestran los costos del miembro cuando recibe atención de proveedores de la red.

Deducibles y cantidad máxima de gastos de bolsillo			
Deducible médico por año calendario	\$4,700 por persona/ \$9,400 por familia ¹	\$4,700 por persona/ \$9,400 por familia ¹	\$1,100 por persona/ \$2,200 por familia ¹
Deducible de farmacia por año calendario	\$50 por persona/ \$100 por familia ¹	\$50 por persona/ \$100 por familia ¹	\$50 por persona/ \$100 por familia ¹
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ²	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$9,600 por persona/ \$19,200 por familia	\$4,000 por persona/ \$8,000 por familia

Atención de sus proveedores (servicios médicos)				
Médico de atención primaria	Atención preventiva	\$0	\$0	\$0
	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$50	\$50	\$15
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$100	\$100	\$30
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$50	\$50	\$15

Servicios de laboratorio y pruebas (radiografías de diagnóstico, estudios por imágenes y servicios de patología y laboratorio)			
Servicios de laboratorio y patología en un centro de laboratorio	\$50	\$50	\$35
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	\$95	\$95	\$50

Servicios de emergencia y de atención urgente				
Sala de emergencias	Servicios del médico	\$0	\$0	\$0
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	\$400 por visita	\$400 por visita	\$200 por visita
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$50 por visita	\$50 por visita	\$15 por visita



		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	30 %	30 %	20 %
	Servicios de un centro de atención	30 % (sujeto al deducible)	30 % (sujeto al deducible)	20 % (sujeto al deducible)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	30 %	30 %	20 %
	Servicios de un centro de atención	30 %	30 %	20 %
Atención dental y de la vista para niños (atención dental y de la vista para niños de hasta 19 años)				
Atención dental	Examen bucodental	\$0	\$0	\$0
	Limpieza preventiva	\$0	\$0	\$0
	Tratamiento tópico con flúor	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista	Examen completo de la vista	\$0	\$0	\$0
	Anteojos (armazones de la colección) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Lentes de contacto (duras o blandas, optativas o no optativas)	\$0	\$0	\$0
Medicamentos recetados obtenidos en su farmacia local de la red o a través del servicio de envío al hogar de Amazon Pharmacy				
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos	Suministro para 30 días	\$0	\$0	\$0
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0	\$0	\$0
Nivel 1	Suministro para 30 días	\$20 por receta	\$20 por receta	\$10 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$60 por receta	\$60 por receta	\$30 por receta
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$65 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$65 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$30 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$195 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$195 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$90 por receta (sujeto al deducible de farmacia)

		Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO
Nivel 3	Suministro para 30 días	\$95 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$95 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$50 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$285 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$285 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$150 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 4	Suministro para 30 días	20 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	20 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	15 % (hasta \$150 por receta y sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	20 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	20 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	15 % (hasta \$450 por receta y sujeto al deducible de farmacia)
Beneficios adicionales				
Elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)	Hable con su asesor financiero o de impuestos si tiene alguna pregunta sobre las HSA.	No	No	No
Cobertura fuera del estado	Área de servicio de BlueCard®	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>
Otros servicios profesionales	Consulta de Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Servicios de quiropráctica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

	Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
El plan se puede comprar a través de:	Covered California únicamente	Blue Shield y Covered California	Blue Shield y Covered California

Las cantidades de los beneficios muestran los costos del miembro cuando recibe atención de proveedores de la red.

Deducibles y cantidad máxima de gastos de bolsillo

Deducible médico por año calendario	\$200 por persona/ \$400 por familia ¹	\$0	\$0
Deducible de farmacia por año calendario	\$0	\$0	\$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ²	\$3,000 por persona/ \$6,000 por familia	\$9,600 por persona/ \$19,200 por familia	\$5,500 por persona/ \$11,000 por familia

Atención de sus proveedores (servicios médicos)

Médico de atención primaria	Atención preventiva	\$0	\$0	\$0
	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$5	\$40	\$20
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$8	\$80	\$45
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$5	\$40	\$20

Servicios de laboratorio y pruebas (radiografías de diagnóstico, estudios por imágenes y servicios de patología y laboratorio)

Servicios de laboratorio y patología en un centro de laboratorio	\$10	\$40	\$25
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	\$10	\$85	\$35

Servicios de emergencia y de atención urgente

Sala de emergencias	Servicios del médico	\$0	\$0	\$0
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	\$50 por visita	\$350 por visita	\$225 por visita
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$5 por visita	\$40 por visita	\$20 por visita

		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	10 %	\$0	\$0
	Servicios de un centro de atención	10 % (sujeto al deducible)	\$375 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)	\$325 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	10 %	\$75 por visita	\$50 por visita
	Servicios de un centro de atención	10 %	20 %	10 %
Atención dental y de la vista para niños (atención dental y de la vista para niños de hasta 19 años)				
Atención dental	Examen bucodental	\$0	\$0	\$0
	Limpieza preventiva	\$0	\$0	\$0
	Tratamiento tópico con flúor	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista	Examen completo de la vista	\$0	\$0	\$0
	Anteojos (armazones de la colección) ⁴	\$0	\$0	\$0
	Lentes de contacto (duras o blandas, optativas o no optativas)	\$0	\$0	\$0
Medicamentos recetados obtenidos en su farmacia local de la red o a través del servicio de envío al hogar de Amazon Pharmacy				
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos	Suministro para 30 días	\$0	\$0	\$0
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0	\$0	\$0
Nivel 1	Suministro para 30 días	\$3 por receta	\$19 por receta	\$10 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$9 por receta	\$57 por receta	\$30 por receta
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$10 por receta	\$60 por receta	\$25 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$30 por receta	\$180 por receta	\$75 por receta

		Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
Nivel 3	Suministro para 30 días	\$15 por receta	\$90 por receta	\$45 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$45 por receta	\$270 por receta	\$135 por receta
Nivel 4	Suministro para 30 días	10 % (hasta \$150 por receta)	20 % (hasta \$250 por receta)	10 % (hasta \$250 por receta)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	10 % (hasta \$450 por receta)	20 % (hasta \$750 por receta)	10 % (hasta \$750 por receta)
Beneficios adicionales				
Elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)	Hable con su asesor financiero o de impuestos si tiene alguna pregunta sobre las HSA.	No	No	No
Cobertura fuera del estado	Área de servicio de BlueCard®	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>
Otros servicios profesionales	Consulta de Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Servicios de quiropráctica	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

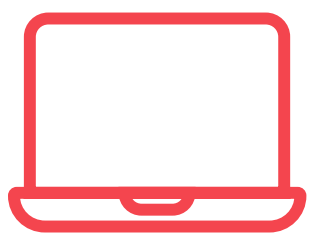
En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de los deducibles, los copagos y los coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. No es un contrato. Los beneficios de los planes solo están disponibles cuando se usan proveedores de la red IFP Trio HMO. Los servicios de los proveedores que no forman parte de su grupo médico o de la red no están cubiertos, excepto en casos de atención urgente, de emergencia y de seguimiento. Para ver todos los detalles de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/policies o llámenos al **(888) 256-3650**.

- 1 La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.
- 2 La cobertura familiar incluye una cantidad máxima de gastos de bolsillo (OOPM, por sus siglas en inglés) individual dentro de la OOPM general de la familia. Blue Shield paga el 100 % de los servicios cubiertos para un miembro de la familia cuando ese miembro alcanza su OOPM individual. Blue Shield paga el 100 % para todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcanza la OOPM familiar. La OOPM familiar se puede alcanzar cuando dos miembros alcancen su propia OOPM individual o cuando las OOPM combinadas de tres o más miembros alcancen el límite familiar.
- 3 Las primeras tres visitas están disponibles por un copago de \$100 antes de alcanzar el deducible médico por año calendario. Los miembros pagarán el total de la tarifa contratada por las visitas siguientes hasta alcanzar el deducible médico por año calendario. Después, una vez más, los miembros pagarán un copago de \$100 por las visitas al consultorio de un especialista.
- 4 Los armazones de la colección son armazones que el administrador de beneficios selecciona y que tienen cobertura total, sin costos de bolsillo. Los armazones que no son de la colección son otros armazones estándares de tiendas al por menor o de diseñador que tienen una asignación fija.





¿Tiene preguntas, necesita una cotización o desea inscribirse?



Visite blueshieldca.com/espanol o comuníquese con su corredor de seguros.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato para brindar servicios de envío de medicamentos recetados al hogar a los miembros con beneficios de farmacia de Blue Shield. Los miembros deben pagar la parte del costo que les corresponda, según se indica en los detalles de su plan de beneficios.

Aviso de asistencia en otros idiomas

For assistance in English at no cost, call **(866) 346-7198**. Para obtener asistencia en español sin cargo, llame al **(866) 346-7198**. 如果需要中文的免费帮助, 请拨打这个号码 **(866) 346-7198**.

Aviso de no discriminación

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律, 並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

