
Planes individuales y familiares: Planes de salud PPO

Desde 1/2027



Planes de salud PPO



Obtenga atención a su manera con un plan PPO de Blue Shield of California. Estos planes le ofrecen la posibilidad de elegir sus propios médicos, especialistas y hospitales sin necesidad de obtener una referencia. Con más de 71,000 médicos y 325 hospitales en nuestra red Exclusive PPO, nuestros planes PPO pueden darle las opciones y la flexibilidad que está buscando.

Además de la atención tradicional de un médico en persona, los miembros también pueden obtener la atención de un médico por teléfono o videollamada desde la comodidad de su hogar. Para buscar médicos de la red Exclusive PPO que brinden atención virtual o en persona, visite [blueshieldca.com/networkifpppo](https://www.blueshieldca.com/networkifpppo). Para ver una lista de los grupos médicos y los hospitales en su área, visite [blueshieldca.com/ppo-providers](https://www.blueshieldca.com/ppo-providers).



Cómo elegir su plan

Tenemos varios planes PPO 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 cada vez que obtiene atención. 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 de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California (menos del plan Minimum Coverage PPO). 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.

	Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
El plan se puede comprar a través de:	Blue Shield y Covered California	Blue Shield únicamente	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	\$12,000 por persona/ \$24,000 por familia ¹	\$7,250 por persona/ \$14,500 por familia ¹	\$7,800 por persona/ \$15,600 por familia ¹
Deducible de farmacia por año calendario	Incluido en el deducible médico	Incluido en el deducible médico	Incluido en el deducible médico
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ³	\$12,000 por persona/ \$24,000 por familia	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$7,800 por persona/ \$15,600 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)	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$65 por las primeras 3 visitas en persona por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$0 (sujeto al deducible)
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$0 (sujeto al deducible)	\$95 por las primeras 3 visitas en persona por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$0 (sujeto al deducible)
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$65 por las primeras 3 visitas en persona por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$0 (sujeto al deducible)
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura



		Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
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		\$0 (sujeto al deducible)	\$70	\$0 (sujeto al deducible)
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios		\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
Servicios de emergencia y de atención urgente				
Sala de emergencias	Servicios del médico	\$0	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$0 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴	\$65 por las primeras 3 visitas en persona por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$0 después de alcanzar el deducible ⁴ \$0 por las visitas de Virtual Blue SM	\$0 (sujeto al deducible)
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
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) ⁶	\$0 (sujeto al deducible)	\$0	\$0
	Lentes de contacto (duras o blandas, optativas o no optativas)	\$0 (sujeto al deducible)	\$0	\$0

		Blue Shield Minimum Coverage PPO	Bronze 7250 PPO	Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
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	\$0 (sujeto al deducible)	\$10 por receta	\$0 (sujeto al deducible)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0 (sujeto al deducible)	\$30 por receta	\$0 (sujeto al deducible)
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
Nivel 3	Suministro para 30 días	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
Nivel 4	Suministro para 30 días	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0 (sujeto al deducible)	50 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	\$0 (sujeto al deducible)
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	Sí
Cobertura fuera del estado	Área de servicio de BlueCard®	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Todos los servicios cubiertos; 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	50 % (sujeto al deducible; 15 visitas por miembro por año calendario)	Sin cobertura



	Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
El plan se puede comprar a través de:	Blue Shield y Covered California	Blue Shield únicamente	Blue Shield 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	\$5,800 por persona/ \$11,600 por familia ¹	Plan individual: \$2,800 Plan familiar: \$3,500 por miembro individual/ \$5,600 por grupo familiar ²	\$1,850 por persona/ \$3,700 por familia ¹
Deducible de farmacia por año calendario	\$450 por persona/ \$900 por familia ¹	Incluido en el deducible médico	\$350 por persona/ \$700 por familia ¹
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ³	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$8,700 por persona/ \$14,700 por familia	\$11,500 por persona/ \$23,000 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)	\$60	35 % (sujeto al deducible)	\$55
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	\$0
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$100 por las primeras 3 visitas por año calendario antes de alcanzar el deducible; luego, \$100 después de alcanzar el deducible ⁵	35 % (sujeto al deducible)	\$85
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	\$0
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$60	35 % (sujeto al deducible)	\$55
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	\$0	\$0

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	35 % (sujeto al deducible)	\$50
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	40 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)

		Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
Servicios de emergencia y de atención urgente				
Sala de emergencias	Servicios del médico	\$0	\$0 (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	40 % (sujeto al deducible)	\$150 por visita + 40 % (sujeto al deducible)	\$300 por visita + 40 % (sujeto al deducible)
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$60 por visita	35 % (sujeto al deducible)	\$55 por visita
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	40 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención	40 % (sujeto al deducible)	40 % (sujeto al deducible)	40 % (sujeto al deducible)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	40 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)
	Servicios de un centro de atención	40 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)	35 % (sujeto al deducible)
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) ⁶	\$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 (sujeto al deducible)	\$20 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$60 por receta	\$60 por receta (sujeto al deducible)	\$60 por receta



		Blue Shield Bronze 60 PPO	Silver 2800 HDHP PPO	Silver 1850 PPO
Nivel 2	Suministro para 30 días	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	40 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible)	\$75 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	40 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible)	\$225 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 3	Suministro para 30 días	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	40 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible)	\$150 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible)	40 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible)	\$450 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 4	Suministro para 30 días	40 % (hasta \$500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	40 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible)	35 % (hasta \$250 por receta y sujeto al deducible de farmacia)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	40 % (hasta \$1,500 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	40 % (hasta \$750 por receta y sujeto al deducible)	35 % (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>	Todos los servicios cubiertos; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Todos los servicios cubiertos; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>
Otros servicios profesionales	Consulta de Teladoc Health	\$0	\$0	\$0
	Servicios de quiropráctica	Sin cobertura	35 % (sujeto al deducible; 15 visitas por miembro por año calendario)	\$15 por visita (15 visitas por miembro por año calendario)

	Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
El plan se puede comprar a través de:	Blue Shield y Covered California	Blue Shield 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	\$4,700 por persona/ \$9,400 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 ³	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$11,650 por persona/ \$23,300 por familia	\$9,600 por persona/ \$19,200 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	\$50
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$100	\$100	\$100
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$50	\$50	\$50
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

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	\$50
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	\$95	\$95	\$95

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	\$400 por visita
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$50 por visita	\$50 por visita	\$50 por visita

		Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)				
Pacientes internados	Servicios del médico	30 %	30 %	30 %
	Servicios de un centro de atención	30 % (sujeto al deducible)	30 % (sujeto al deducible)	30 % (sujeto al deducible)
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	30 %	30 %	30 %
	Servicios de un centro de atención	30 %	30 %	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) ⁶	\$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	\$20 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$60 por receta	\$60 por receta	\$60 por receta
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$65 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$65 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$65 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)	\$195 por receta (sujeto al deducible de farmacia)
Nivel 3	Suministro para 30 días	\$95 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$95 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$95 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)	\$285 por receta (sujeto al deducible de farmacia)

		Blue Shield Silver 70 PPO	Silver 70 Off Exchange PPO	Blue Shield Silver 73 PPO
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)	20 % (hasta \$250 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)	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.	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 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
El plan se puede comprar a través de:	Covered California únicamente	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	\$1,100 por persona/ \$2,200 por familia ¹	\$200 por persona/ \$400 por familia ¹	\$0	\$0
Deducible de farmacia por año calendario	\$50 por persona/ \$100 por familia ¹	\$0	\$0	\$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario ³	\$4,000 por persona/ \$8,000 por familia	\$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	\$0
	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$15	\$5	\$40	\$20
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Especialistas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$30	\$8	\$80	\$45
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Trastornos de salud mental o por el uso de sustancias adictivas	Visita al consultorio (en persona o por telesalud)	\$15	\$5	\$40	\$20
	Programa Virtual Blue SM	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

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	\$35	\$10	\$40	\$25
Servicios básicos de imágenes (incluidas las radiografías y ecografías) en un centro de radiología para pacientes ambulatorios	\$50	\$10	\$85	\$35

Servicios de emergencia y de atención urgente

Sala de emergencias	Servicios del médico	\$0	\$0	\$0	\$0
	Servicios de un centro de atención (no se aplica si es admitido en el hospital)	\$200 por visita	\$50 por visita	\$350 por visita	\$225 por visita
Servicios de un centro de atención urgente	(en persona o por telesalud)	\$15 por visita	\$5 por visita	\$40 por visita	\$20 por visita

		Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
Atención en el hospital (servicios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios en un hospital)					
Pacientes internados	Servicios del médico	20 %	10 %	30 %	10 %
	Servicios de un centro de atención	20 % (sujeto al deducible)	10 % (sujeto al deducible)	30 %	10 %
Pacientes ambulatorios	Servicios del médico	20 %	10 %	30 %	10 %
	Servicios de un centro de atención	20 %	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	\$0
	Limpieza preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
	Tratamiento tópico con flúor	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista	Examen completo de la vista	\$0	\$0	\$0	\$0
	Anteojos (armazones de la colección) ⁶	\$0	\$0	\$0	\$0
	Lentes de contacto (duras o blandas, optativas o no optativas)	\$0	\$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	\$0
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 1	Suministro para 30 días	\$10 por receta	\$3 por receta	\$19 por receta	\$10 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$30 por receta	\$9 por receta	\$57 por receta	\$30 por receta
Nivel 2	Suministro para 30 días	\$30 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$10 por receta	\$60 por receta	\$25 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$90 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$30 por receta	\$180 por receta	\$75 por receta
Nivel 3	Suministro para 30 días	\$50 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$15 por receta	\$90 por receta	\$45 por receta
	Suministro para 90 días con envío al hogar	\$150 por receta (sujeto al deducible de farmacia)	\$45 por receta	\$270 por receta	\$135 por receta

		Blue Shield Silver 87 PPO	Blue Shield Silver 94 PPO	Blue Shield Gold 80 PPO	Blue Shield Platinum 90 PPO
Nivel 4	Suministro para 30 días	15 % (hasta \$150 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	10 % (hasta \$150 por receta)	20 % (hasta \$250 por receta)	10 % (hasta \$250 por receta)
	Suministro para 90 días con envío al hogar	15 % (hasta \$450 por receta y sujeto al deducible de farmacia)	10 % (hasta \$450 por receta)	20 % (hasta \$750 por receta)	10 % (hasta \$750 por receta)

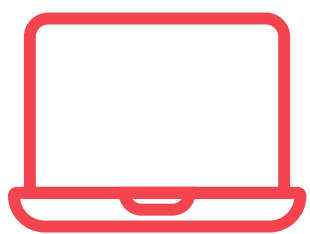
Beneficios adicionales					
Elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)	Hable con su asesor financiero o de impuestos si tiene alguna pregunta sobre las HSA.	No	No	No	No
Cobertura fuera del estado	Área de servicio de BlueCard®	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>	Cobertura limitada; consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>
Otros servicios profesionales	Consulta de Teladoc Health	\$0	\$0	\$0	\$0
	Servicios de quiropráctica	Sin cobertura	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. Para ver todos los detalles de los planes, incluidos los beneficios fuera de la red, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/policias o llámenos al **(888) 256-3650**.

- 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.
- En los planes individuales, usted paga el total de la tarifa contratada (o la “cantidad permitida”) por los servicios sujetos al deducible hasta alcanzar el deducible individual de \$2,800. Después de eso, Blue Shield comparte los costos. En los planes familiares, cada persona tiene un deducible individual de \$3,500 integrado en el deducible familiar. Blue Shield empieza a compartir los costos para esa persona cuando alcanza ese deducible. Blue Shield empieza a compartir los costos para todos los miembros de la familia cuando se alcanza el deducible familiar de \$5,600, ya sea que se alcance con los gastos de una sola persona o con los gastos combinados de la familia.
- 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.
- Las primeras tres visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año calendario e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, visitas del médico en el hogar, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año calendario.
- 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.
- 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。

