



Resumen de Beneficios

Plan grupal
Plan EPO

Full EPO Facility Coinsurance 20-20%

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Beneficios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de Proveedores Médicos:

Red de Full PPO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Este es un plan de Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés). Debe recibir todos los Beneficios Cubiertos de un Proveedor Participante, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

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

Cuando se usan Proveedores Participantes³

Deducible médico por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Beneficios 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 Beneficios Cubiertos.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

<i>Cobertura individual</i>	\$2,500
<i>Cobertura familiar</i>	\$2,500: por persona
	\$5,000: por Familia

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$25/visita	
Visita del médico en el hogar	\$20/visita	
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	\$0	
Otros servicios profesionales		
Visita al consultorio de otro profesional	\$20/visita	
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>		
Servicios de acupuntura	\$20/visita	
<i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>		
Servicios de quiropráctica	\$20/visita	
<i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>		
Consulta por medio de Teladoc Health	\$0	
Planificación familiar		
Asesoramiento, consultas y educación	\$0	
Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	\$0	
Ligadura de trompas	\$0	
Vasectomía	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Servicios por Esterilidad		
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	\$0	
Inseminaciones artificiales limitadas a 6 durante la membresía	\$0	
Extracción de ovocito (huevo) limitada a 3 durante la membresía		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	10 %	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	25 %	
Fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)	\$0	

Beneficios⁵

	Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Transferencia de embriones		
• Centro Quirúrgico Ambulatorio	10 %	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	25 %	
Criopreservación limitada a 1 año de conservación durante la membresía para cada uno de los siguientes elementos: espermatozoides, tejido reproductivo, ovocitos (huevos) y embriones	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$150/visita	
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente	\$20/visita	
Servicios de ambulancia	\$100/transporte	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	10 %	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	25 %	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	\$0	
Servicios de un centro de atención para pacientes internados		
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	20 %	
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	20 %	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados		
<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>		
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	20 %	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	25 %	
Servicios del médico	\$0	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio		
<i>Este pago es para los Beneficios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Beneficios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de imágenes básicas		
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios		
<i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i>		
• Consultorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de imágenes avanzadas <i>Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i> - Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios - Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	 \$0 \$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilidadación <i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i> - Consultorio - Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	 \$20/visita \$20/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) - DME - Sacaleches - Dispositivos y equipos ortóticos - Dispositivos y equipos protésicos	 50 % \$0 \$0 \$0	
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>	\$20/visita	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar - Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i> - Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	 \$0 \$0	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 100 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i> SNF independiente	 20 %	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
SNF en un hospital	20 %	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <i>Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.</i>	\$0	
Otros servicios y suministros		
Servicios de atención de la diabetes		
• Dispositivos, equipos y suministros	20 %	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$20/visita	
• Tratamiento médico de nutrición	\$20/visita	
Servicios de diálisis	\$0	
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilketonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50 %	

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

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$20/visita	
Salud mental por medio de Teladoc Health	\$0	
Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, Tratamiento de Salud Conductual por trastorno generalizado del desarrollo o autismo en el consultorio, en el hogar o en otro centro de atención no institucional, y tratamiento con opioides en el consultorio	\$0	
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	
Pruebas psicológicas	\$0	
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	20 %	
Atención en una residencia	20 %	

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- 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
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

Lea la Evidencia de Cobertura para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

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

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

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

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

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

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Beneficios 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.

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

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida o el Beneficio máximo, el que sea más bajo.

4 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 Beneficios 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 Beneficios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos por los servicios que no están cubiertos, los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida y los cargos por servicios que sean mayores que cualquier Beneficio máximo.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

5 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Beneficios Cubiertos:

Cuando reciba varios Beneficios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

6 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Beneficios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

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

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)**。