blue of california

Resumen de Beneficios

California Small Manufacturing Health and Welfare Trust, que opera bajo el nombre de CSMT
Desde el 1 de junio de 2025
Plan PPO

Custom Full PPO Split Deductible 30-2000 70/50

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 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. 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.

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.

		Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]
Deducible médico por Año Calendario	*Cobertura individual*	$2,000	$4,000
	Cobertura familiar	$2,000: por persona	$4,000: por persona
		$6,000: por Familia	$12,000: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario[5]

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.

	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes[3] o No Participantes[4]
Cobertura individual	$5,000	$10,000
Cobertura familiar	$5,000: por persona	$10,000: por persona
	$10,000: por Familia	$20,000: por Familia

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.

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

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de Salud Preventivos[7]				
Servicios de Salud Preventivos	$0		50 %	✔
Programa de Detección Prenatal de California	$0		$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	$30/visita		50 %	✔
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	$50/visita		50 %	✔
Visita del médico en el hogar	$30/visita		50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	30 %	✔	50 %	✔
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	30 %	✔	50 %	✔
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional *Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.*	$30/visita		50 %	✔
Servicios de acupuntura *Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	$25/visita		50 %	✔
Servicios de quiropráctica *Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario.*	$25/visita		50 %	✔
Consulta por medio de Teladoc	$0		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	$0		50 %	✔
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	$0		50 %	✔
• Ligadura de trompas	$0		50 %	✔
• Vasectomía	$0		50 %	✔
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	30 %	✔	50 %	✔
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	30 %	✔	50 %	✔
Aborto y servicios relacionados con el aborto	$0		$0	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	$100/visita más 30 %		$100/visita más 30 %	
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.				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	30 %		30 %	
Servicios de un centro de atención urgente	$30/visita		50 %	✔
Servicios de ambulancia	30 %	✔	30 %	✔
Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.				
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	20 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	20 %	✔	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	30 %	✔	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	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de trasplante				
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.				
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	30 %	✔	Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	30 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
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.				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	30 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	20 %	✔	Sin cobertura	
Servicios del médico	30 %	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio				
Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.				
Servicios de laboratorio y patología				
Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.				
• Centro de laboratorio	30 %	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de imágenes básicas				
Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	30 %	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios				
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).				
• Consultorio	30 %	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios de imágenes avanzadas				
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).				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	30 %	✔	50 %	✔
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.				
Consultorio	30 %	✔	50 %	✔
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	30 %	✔	50 %	✔
Sacaleches	$0		50 %	✔
Dispositivos y equipos ortóticos	30 %	✔	50 %	✔
Dispositivos y equipos protésicos	30 %	✔	50 %	✔

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios de atención de la salud en el hogar *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.*	30 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar				
Servicios de una agencia de infusión en el hogar *Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.*	30 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia *Se incluyen productos de factor de coagulación.*	30 %	✔	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) *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.*				
SNF independiente	30 %	✔	50 %	✔
SNF en un hospital	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales *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.*	30 %	✔	Sin cobertura	

Beneficios[6]	Su pago			
	Cuando se usan Proveedores Participantes[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes[4]	Se aplica el CYD[2]
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	30 %	✔	50 %	✔
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	$30/visita		50 %	✔
• Tratamiento médico de nutrición	$30/visita		50 %	✔
Servicios de diálisis	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	30 %	✔	30 %	✔
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	30 %	✔	50 %	✔

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago			
Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.	Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA[3]	Se aplica el CYD[2]	Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA[4]	Se aplica el CYD[2]
Servicios para pacientes ambulatorios				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	$30/visita		50 %	✔
Salud mental por medio de Teladoc	$0		Sin cobertura	
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	30 %	✔	50 %	✔
Programa de Hospitalización Parcial	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $350/día	✔
Pruebas psicológicas	30 %	✔	50 %	✔

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas	Su pago			
Los Beneficios de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio del Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.	**Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA[3]**	**Se aplica el CYD[2]**	**Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA[4]**	**Se aplica el CYD[2]**
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	30 %	✔	50 %	✔
Servicios hospitalarios	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔
Atención en una residencia	30 %	✔	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de $600/día	✔

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.

Notas

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.

Este Plan tiene Deducibles por separado para Proveedores Participantes y Proveedores 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.

3 Uso de Proveedores Participantes:

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

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

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 por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

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

Notas

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.

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 a un Proveedor Participante. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

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