



Resumen de Beneficios

Wilbur-Ellis Holdings, Inc.
Desde el 1 de enero de 2025
Plan calificado para HSA

HSA Plan Yellow

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este plan de beneficios del Administrador de Reclamaciones. Es solo un resumen y forma parte del Folleto de Beneficios.¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

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.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

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 el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan. El Administrador de Reclamaciones 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 y de farmacias por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$2,000	\$4,000
<i>Este Plan combina el Deducible médico y el Deducible de farmacias en un único Deducible por Año Calendario</i>	<i>Cobertura familiar</i>	\$4,000	\$8,000

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 el Administrador de Reclamaciones por los Servicios Cubiertos.

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
<i>Cobertura individual</i>	\$5,000	\$10,000
<i>Cobertura familiar</i>	\$5,000: por persona \$10,000: por Familia	\$10,000: por persona \$20,000: por Familia

Beneficios⁶

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 Preventivos⁷				
Servicios de Salud Preventivos	\$0		Sin cobertura	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	20 %	✓	50 %	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	20 %	✓	50 %	✓
Visita del médico en el hogar	20 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	20 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	20 %	✓	50 %	✓
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>	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de acupuntura <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 30 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>	20 %	✓	50 %	✓
Consulta por medio de Teladoc	\$20/consulta	✓	Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable	\$0		Sin cobertura	
• Colocación del diafragma	\$0		Sin cobertura	
• Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)	\$0		Sin cobertura	
• Colocación y/o retiro del dispositivo intrauterino (IUD)	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo implantable	\$0		Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	\$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	20 %	✓	Sin cobertura	
• Diagnóstico de la causa de la esterilidad solamente	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de podología	20 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

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
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	20 %	✓	50 %	✓
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	20 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	20 %	✓	20 %	✓
<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	20 %	✓	20 %	✓
Servicios de un centro de atención urgente	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de ambulancia	20 %	✓	20 %	✓
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia. El pago máximo no será mayor de \$50,000 por viaje para el transporte en ambulancia por aire que no esté relacionado con una emergencia cuando un proveedor no participante brinde ese servicio.</i>				
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 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	20 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

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 <i>En un viaje por trasplante, el transporte para el receptor y el acompañante está limitado a \$10,000 por trasplante.</i> <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 hospitalarios para pacientes internados para los servicios de trasplante de tejido y de riñón - Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales - Servicios para pacientes internados por parte de un médico	20 % 20 % 20 %	✓ ✓ ✓	20 % Sin cobertura Sin cobertura	✓
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 - Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios - Servicios del médico	20 % 20 % 20 %	✓ ✓ ✓	Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura	

	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				
<i>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.</i>				
Servicios de laboratorio y patología				
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>				
• Centro de laboratorio	20 %	✓	50 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de imágenes básicas				
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	20 %	✓	50 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓
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	20 %	✓	50 %	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

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 <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	20 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de Rehabilitación y Habilitación <i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</i>				
Consultorio	20 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de Terapia del Habla				
Consultorio	20 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20 %	✓	50 %	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	20 %	✓	50 %	✓
Sacaleches	\$0		50 %	✓
Medidor de glucemia	\$0		50 %	✓
Medidor de flujo máximo	\$0		50 %	✓
Dispositivos y equipos ortóticos	20 %	✓	50 %	✓
Dispositivos y equipos protésicos	20 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

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 <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 %	✓	Sin cobertura	
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>	20 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	20 %	✓	Sin cobertura	
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 %	✓	20 %	✓
SNF en un hospital	20 %	✓	50 %	✓
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales				
Consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales	\$0	✓	Sin cobertura	
Atención de rutina en el hogar	\$0	✓	Sin cobertura	
Atención continua las 24 horas en el hogar	\$0	✓	Sin cobertura	
Atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas	\$0	✓	Sin cobertura	
Atención de relevo para pacientes internados	\$0	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

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	20 %	✓	50 %	✓
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	20 %	✓	50 %	✓
• Tratamiento médico de nutrición	20 %	✓	50 %	✓
Servicios de diálisis	20 %	✓	50 %	✓
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	20 %	✓	Sin cobertura	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	20 %	✓	50 %	✓
Servicios para audífonos				
• Audífonos y equipos	20 %	✓	20 %	✓
<i>1 audífono por oído, por miembro cada 36 meses.</i>				
• Evaluación audiológica	20 %	✓	50 %	✓

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

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 para pacientes ambulatorios				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	20 %	✓	50 %	✓
Atención intensiva para pacientes ambulatorios	20 %	✓	50 %	✓
Tratamiento de Salud Conductual en el consultorio	20 %	✓	50 %	✓
Tratamiento de Salud Conductual en el hogar o en otro centro de atención no institucional	20 %	✓	50 %	✓
Tratamiento con opioides en el consultorio	20 %	✓	50 %	✓
Programa de Hospitalización Parcial	20 %	✓	50 %	✓
Pruebas psicológicas	20 %	✓	50 %	✓
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	20 %	✓	50 %	✓
Servicios hospitalarios	20 %	✓	50 %	✓

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

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
Atención en una residencia	20 %	✓	50 %	✓

Beneficios de Medicamentos Recetados^{8, 9}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Farmacias No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 que corresponda	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	✓	25 % más \$10/receta	✓
Medicamentos de Nivel 2	\$40/receta	✓	25 % más \$40/receta	✓
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta	✓	25 % más \$80/receta	✓
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$200/receta	✓	20 % hasta \$200/receta más 25 % del precio de compra	✓
Medicamentos recetados en farmacia al por menor				
<i>Por receta, para 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$120/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$240/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$600/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo				
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>				
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0		Sin cobertura	

Beneficios de Medicamentos Recetados^{8, 9}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Farmacias No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 2	\$80/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 3	\$160/receta	✓	Sin cobertura	
Medicamentos de Nivel 4	20 % hasta \$400/receta	✓	Sin cobertura	

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
- Algunos Medicamentos recetados (entre en blueshieldca.com/pharmacy)

Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Folleto de Beneficios:

El Folleto de Beneficios describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del Folleto de Beneficios en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el Folleto de Beneficios. Consulte el Folleto de Beneficios 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 el Administrador de Reclamaciones 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 y de farmacias combinado por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por el Administrador de Reclamaciones antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico y de farmacias combinado 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. Para la Cobertura Familiar. Usted y los miembros de su Familia, en conjunto, deben llegar 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.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. 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 el Folleto de Beneficios. 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, el Administrador de Reclamaciones 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 y de farmacias combinado por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM por separado para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes.

Medicamentos Cubiertos conseguidos en Farmacias No Participantes. Cualquier cantidad que pague por Medicamentos Cubiertos en Farmacias No Participantes cuenta para los OOPM para Proveedores 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. 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 Biosimilar o Genérico equivalente. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud seleccionan un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Biosimilar o un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone al Administrador de Reclamaciones la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y el Medicamento Biosimilar o Genérico equivalente, además del Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del Medicamento de Marca. 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. 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.

Lea la sección del Folleto de Beneficios sobre la forma de obtener Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una Farmacia Participante si necesita más información sobre cómo puede estar cubierto un anticonceptivo de marca sin un Copago ni un Coseguro.

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 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.

Farmacia al por menor. Puede conseguir un suministro de hasta 90 días para los Medicamentos de mantenimiento en una Farmacia Participante cuando usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda por cada suministro para 30 días.

Medicamentos del servicio por correo. Usted paga el Copago o Coseguro de farmacia al por menor que corresponda para 30 días al obtener en la farmacia de servicio por correo un suministro para 30 días o menos.

Los planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Federales.