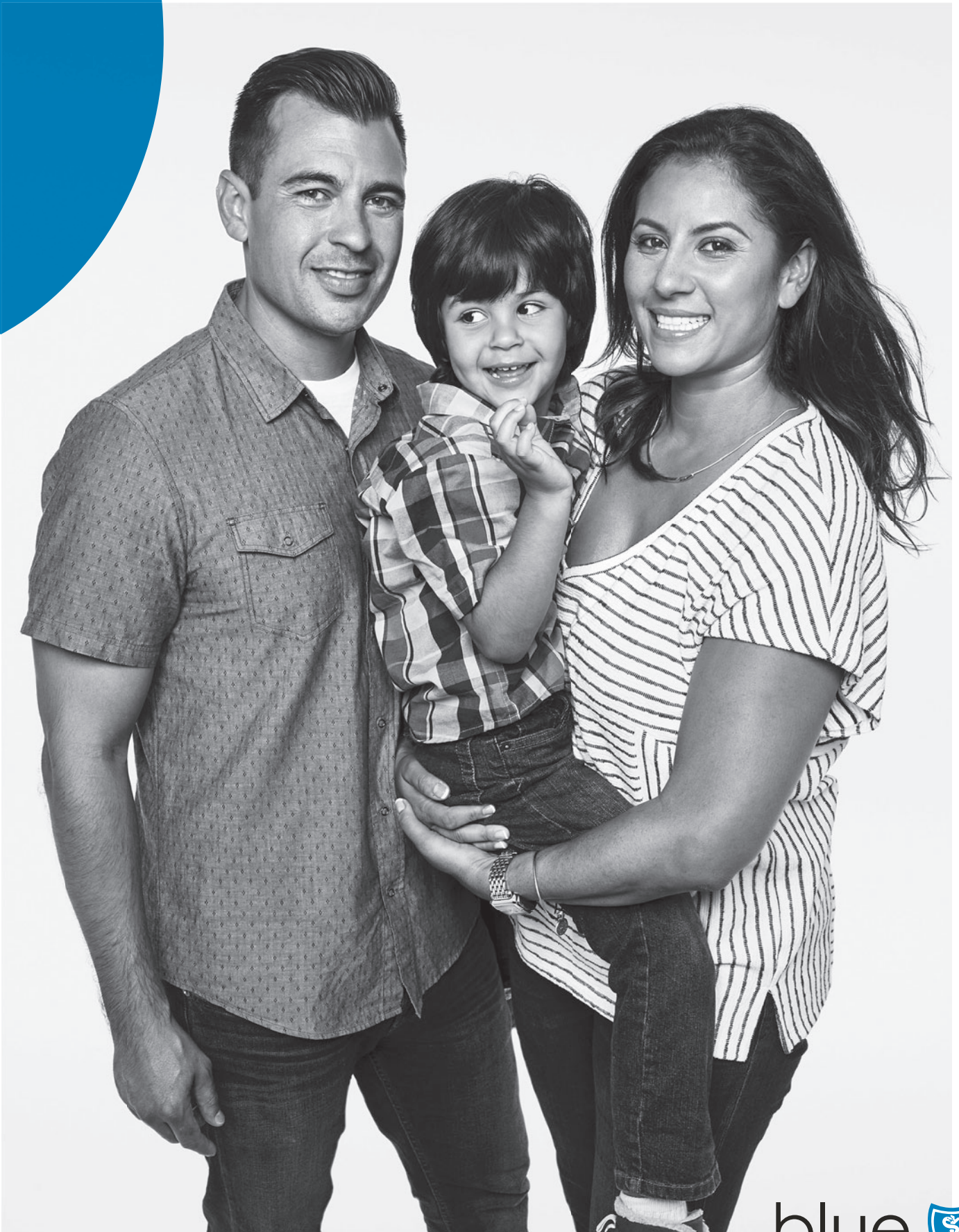


Información del plan



blueshieldca.com

blue
california 

Información sobre los planes



F69751430A+1--1 / 1

Occidental College - Plan NT

Fecha en vigor: 1/1/2021

- **Access+ HMO® Per Admit 10-250**
- **Trio HMO Per Admit 10-250**
- **Full PPO Combined Deductible 10-250 90/70**

Cuando se siente bien, es imparable.

Cuando elige Blue Shield of California, tiene a su alcance cobertura de salud de calidad, amplias redes de proveedores y una gran variedad de programas y servicios que le agregan valor a su plan. Blue Shield le ofrece:



Redes de proveedores de alta calidad, que incluyen médicos y centros de atención



Innovadores diseños de planes, con beneficios completos



Recursos y programas de eficacia comprobada que agregan valor

En este folleto, encontrará la información necesaria para elegir el plan de salud adecuado para usted y su familia. Cuando elige Blue Shield, es imparable.

Para tener acceso a las divulgaciones de información de los planes médicos, visite
blueshieldca.com/largergroupdisclosures.

Para tener acceso a las divulgaciones de información de los planes dentales, visite
blueshieldca.com/largergroupdisclosures/dental.

Para tener acceso a las divulgaciones de información de los planes de la vista, visite
blueshieldca.com/largergroupdisclosures/vision.

Tabla de contenido

Puede revisar las secciones de abajo y leer sobre la cobertura de Blue Shield que tiene a su disposición. Además, podrá obtener información adicional acerca de nuestros programas y servicios, así como sobre la manera en que funcionan los diferentes tipos de planes de salud, yendo a [blueshieldca.com/employercoverage](https://www.blueshieldca.com/employercoverage).

1. elija un plan

Access+ HMO® Per Admit 10-250	page 5
Enhanced Rx \$10/20/35 with \$0 Pharmacy Deductible	page 12
Trio HMO Per Admit 10-250	page 15
Enhanced Rx \$10/20/35 with \$0 Pharmacy Deductible	page 22
Full PPO Combined Deductible 10-250 90/70	page 25
Enhanced Rx \$10/30/50 with \$0 Pharmacy Deductible	page 36

2. encuentre un proveedor/medicamento recetado

Encuentre el proveedor	page 40
Notice of Privacy Practices	page 42
Language assistance and notice about non-discrimination and accessibility.....	page 48
cómo contactarnos	page 53

1. elija un plan

¡Empiece aquí! En esta sección, puede examinar sus opciones de beneficios de Blue Shield.

Resumen de Beneficios

Access+ HMO® Per Admit 10-250

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 Access+ HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Access+ HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, 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 Civil (CYD)²

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

Cuando se usan Proveedores Participantes³

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

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil⁴

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Civil por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la EOC.

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.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

<i>Cobertura individual</i>	\$1,500
<i>Cobertura familiar</i>	\$1,500: por persona
	\$3,000: por Familia

Beneficios⁵

Beneficios ⁵		Su pago
	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos ⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$10/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Access+ (sin referencia médica)	\$20/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$10/visita	
Visita del médico en el hogar	\$10/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	\$10/visita	
Se incluyen enfermeros practicantes, auxiliares médicos y terapeutas.		
Consulta mediante Teladoc	\$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	
Servicios de podología	\$10/visita	
Atención por embarazo y maternidad ⁶		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$150/visita	
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	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de un centro de atención urgente	\$10/visita	
Servicios de ambulancia <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>	\$100/transporte	
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$50/cirugía	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$200/cirugía	
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	\$250/admisión	
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	\$250/admisión	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
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, 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). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>		
Servicios de laboratorio <i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de radiografías e imágenes <i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
<i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, 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	
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilitación		
<i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla.</i>		
Consultorio	\$10/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$10/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	50%	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	
Servicios de atención de la salud en el hogar	\$10/visita	
<i>Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Civil, 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>		
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0	
<i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i>		
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	\$10/visita	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>		

Beneficios⁵

Beneficios ⁵		Su pago	
	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	
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 Civil.</i>			
SNF independiente	\$50/día		
SNF en un hospital	\$50/día		
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>			
Otros servicios y suministros			
Servicios de atención de la diabetes			
Dispositivos, equipos y suministros	20%		
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$10/visita		
Servicios de diálisis	\$0		
Productos Alimenticios Especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0		
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50%		

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

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
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$10/visita	
Salud conductual mediante Teladoc	\$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	

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
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$250/admisión	
Atención en una residencia	\$250/admisión	

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 Civil (CYD):

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

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Civil, los Servicios 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 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 Civil.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se hacen por medio de Teladoc. Estos servicios no son administrados por el Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

4 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Civil:

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Civil. Seguirá pagando todos los cargos que sean mayores que un Beneficio máximo.

Los beneficios de salud esenciales cuentan para los OOPM.

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 Civil.

5 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 pagar un Copago por visita al consultorio, además de un Copago 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 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.

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Enhanced Rx \$10/20/35 with \$0 Pharmacy Deductible Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Civil	Por Miembro	\$0
--------------------------------------	-------------	-----

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3,4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$35/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20% hasta \$250/receta	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$70/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20% hasta \$500/receta	

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3,4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos orales anticancerígenos <i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>	Copago de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 o Nivel 4 que corresponda hasta \$250/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Civil explicado. El Deducible de Farmacias por Año Civil es la cantidad que paga cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Civil, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Civil. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento de Nivel 1. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de Farmacias por Año Civil, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del medicamento. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted puede 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.

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.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Resumen de Beneficios

Trio HMO Per Admit 10-250

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 Trio ACO HMO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Trio ACO HMO. Los Grupos Médicos, las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) y los Médicos de esta red se llaman Proveedores Participantes. Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria de esta red para que le brinde atención primaria y lo ayude a obtener los servicios, 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 Civil (CYD)²

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

Cuando se usan Proveedores Participantes³

Deducible médico por Año Civil	Cobertura individual	\$0
	Cobertura familiar	\$0: por persona
		\$0: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil⁴

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Civil por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la EOC.

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.

Cuando se usan Proveedores Participantes³

	Cobertura individual	\$1,500
	Cobertura familiar	\$1,500: por persona
		\$3,000: por Familia

Beneficios⁵

Beneficios ⁵		Su pago
	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos ⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$10/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Trio+ (sin referencia médica)	\$10/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$10/visita	
Visita del médico en el hogar	\$10/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	\$10/visita	
Se incluyen enfermeros practicantes, auxiliares médicos y terapeutas.		
Consulta mediante Teladoc	\$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	
Servicios de podología	\$10/visita	
Atención por embarazo y maternidad ⁶		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$0	
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	\$0	
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$150/visita	
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	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de un centro de atención urgente	\$10/visita	
Servicios de ambulancia <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>	\$100/transporte	
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$50/cirugía	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$200/cirugía	
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	\$250/admisión	
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	\$250/admisión	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
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, 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). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>		
Servicios de laboratorio <i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
• Centro de laboratorio	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de radiografías e imágenes <i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i>		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios		
<i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, 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	
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear		
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$0	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$0	
Servicios de Rehabilitación y Habilidadación		
<i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla.</i>		
Consultorio	\$10/visita	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$10/visita	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)		
DME	50%	
Sacaleches	\$0	
Dispositivos y equipos ortóticos	\$0	
Dispositivos y equipos protésicos	\$0	
Servicios de atención de la salud en el hogar	\$10/visita	
<i>Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Civil, 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>		
Servicios de infusión y de inyección en el hogar		
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	\$0	
<i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i>		
Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión	\$10/visita	
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia	\$0	
<i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>		

Beneficios⁵

Beneficios ⁵		Su pago
	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
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 Civil.</i>		
SNF independiente	\$50/día	
SNF en un hospital	\$50/día	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales		
	\$0	
<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>		
Otros servicios y suministros		
Servicios de atención de la diabetes		
• Dispositivos, equipos y suministros	20%	
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$10/visita	
Servicios de diálisis	\$0	
Productos Alimenticios Especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	\$0	
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	50%	

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

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
Servicios para pacientes ambulatorios		
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	\$10/visita	
Salud conductual mediante Teladoc	\$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	

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
Servicios para pacientes internados		
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	\$0	
Servicios hospitalarios	\$250/admisión	
Atención en una residencia	\$250/admisión	

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 Civil (CYD):

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

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Civil, los Servicios 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 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 Civil.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se hacen por medio de Teladoc. Estos servicios no son administrados por el Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

4 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Civil:

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Civil. Seguirá pagando todos los cargos que sean mayores que un Beneficio máximo.

Los beneficios de salud esenciales cuentan para los OOPM.

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 Civil.

5 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 pagar un Copago por visita al consultorio, además de un Copago 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 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.

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Enhanced Rx \$10/20/35 with \$0 Pharmacy Deductible Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Civil	Por Miembro	\$0
--------------------------------------	-------------	-----

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3,4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia al por menor		
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$35/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20% hasta \$250/receta	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$40/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$70/receta	
Medicamentos de Nivel 4	20% hasta \$500/receta	

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3,4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos orales anticancerígenos	Copago de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 o Nivel 4 que corresponda hasta \$250/receta	
<i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>		

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Civil explicado. El Deducible de Farmacias por Año Civil es la cantidad que paga cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Civil, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Civil. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2.

Farmacias No Participantes. Los Medicamentos que se obtienen en Farmacias No Participantes no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia.

3 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento de Nivel 1. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de Farmacias por Año Civil, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del medicamento. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted puede 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.

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.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Resumen de Beneficios

Full PPO Combined Deductible 10-250 90/70

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 Civil (CYD)²

El Deducible por Año Civil (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil 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 Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

		Cuando se usan Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴
Deducible médico por Año Civil	Cobertura individual	\$250
	Cobertura familiar	\$250: por persona
		\$750: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil⁵

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Civil 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 Blue Shield por los Servicios Cubiertos.

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usa cualquier combinación de Proveedores Participantes ³ o No Participantes ⁴
Cobertura individual	\$1,750	\$3,250
Cobertura familiar	\$1,750: por persona	\$3,250: por persona
	\$3,500: por Familia	\$6,500: 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	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0		\$0	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$10/visita		30%	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	\$10/visita		30%	✓
Visita del médico en el hogar	\$10/visita		30%	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes ambulatorios	10%	✓	30%	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	10%	✓	30%	✓
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros practicantes, auxiliares médicos y terapeutas.</i>	\$10/visita		30%	✓
Servicios de acupuntura <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Civil.</i>	\$25/visita		30%	✓
Servicios de quiropráctica <i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Civil.</i>	\$25/visita		30%	✓
Consulta mediante Teladoc	\$0		Sin cobertura	
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado	\$0		Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	\$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	10%	✓	Sin cobertura	
Servicios de podología	\$10/visita		30%	✓
Atención por embarazo y maternidad⁷				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	10%	✓	30%	✓
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	10%	✓	30%	✓

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 emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	\$150/visita más 10%		\$150/visita más 10%	
<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	10%		10%	
Servicios de un centro de atención urgente	\$10/visita		30%	✓
Servicios de ambulancia	10%	✓	10%	✓
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	5%	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	15%	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	10%	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	10%	✓	30% de hasta \$600/día más 100% de los cargos adicionales	✓

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>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 - Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10% 10%	✓ ✓	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	10%	✓	Sin cobertura	
Servicios de un centro de atención para pacientes ambulatorios	15%	✓	Sin cobertura	
Servicios del médico	10%	✓	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, 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). Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>				
Servicios de laboratorio				
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>				
• Centro de laboratorio	\$10/visita	✓	30%	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$35/visita	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Servicios de radiografías e imágenes				
<i>Se incluye mamografía de diagnóstico.</i>				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	\$10/visita	✓	30%	✓
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$35/visita	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios				
<i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma, ecocardiograma (EKG y ECG, respectivamente, 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	\$10/visita	✓	30%	✓

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
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$35/visita	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear				
Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	10%	✓	30%	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	20%	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluye Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Terapia del Habla.</i>				
Consultorio	\$10/visita	✓	30%	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	\$10/visita	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	10%	✓	30%	✓
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	10%	✓	30%	✓
Dispositivos y equipos protésicos	10%	✓	30%	✓

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 Civil, 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>	10%	✓	Sin cobertura	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos para los servicios de infusión en el hogar y suministros médicos.</i> Visitas en el hogar por parte de personal de enfermería de infusión Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	10% 10% 10%	✓ ✓ ✓	Sin cobertura Sin cobertura 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 Civil.</i>				
SNF independiente	10%	✓	30%	✓
SNF en un hospital	10%	✓	30% de hasta \$600/día más 100% de los cargos adicionales	✓

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 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		Sin cobertura	
Otros servicios y suministros Servicios de atención de la diabetes - Dispositivos, equipos y suministros - Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	10% \$10/visita	✓ ✓	30% 30% 30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓ ✓
Servicios de diálisis	10%	✓		✓
Productos Alimenticios Especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	10%	✓	10%	✓
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	10%	✓	30%	✓

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

Su pago

<i>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.</i>	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 Salud conductual mediante Teladoc	\$10/visita \$0		30% Sin cobertura	✓ ✓

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

Su pago

<i>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.</i>	Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA³	Se aplica el CYD²	Cuando se usan Proveedores No Participantes del MHSA⁴	Se aplica el CYD²
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	✓	30%	✓
Programa de Hospitalización Parcial	\$0	✓	30% de hasta \$350/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Pruebas psicológicas	\$0	✓	30%	✓
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10%	✓	30%	✓
Servicios hospitalarios	10%	✓	30% de hasta \$600/día más 100% de los cargos adicionales	✓
Atención en una residencia	10%	✓	30% de hasta \$600/día más 100% de los cargos adicionales	✓

Autorización previa

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

- Servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al 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 Civil (CYD):

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

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Civil, 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 Civil. 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 Civil. 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.

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 Civil.

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 Civil.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se hacen por medio de Teladoc. Estos servicios no son administrados por el Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

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 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 Civil), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida, o
- cualquier cargo que sea mayor que la cantidad de dinero mencionada, que es el Beneficio máximo.

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.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida o el Beneficio máximo 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 Civil:

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Civil. Seguirá pagando todos los cargos que sean mayores que un Beneficio máximo.

Los beneficios de salud esenciales cuentan para los OOPM.

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

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 Civil.

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 pagar un Copago por visita al consultorio, además de un Copago 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.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Enhanced Rx \$10/30/50 with \$0 Pharmacy Deductible

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Medicamentos cubiertos con este Beneficio de Medicamentos recetados.

Red de farmacias:

Rx Ultra

Formulario de Medicamentos:

Plus Formulary

Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD)¹

El Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos cubiertos del Beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Blue Shield paga algunos Medicamentos recetados antes de que se llegue al Deducible de Farmacias por Año Civil, como se ve en el cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está abajo.

Cuando se usan Farmacias

Participantes² o No Participantes³

Deducible de Farmacias por Año Civil

Por Miembro \$0

Beneficios de Medicamentos Recetados^{4,5}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes ³	Se aplica el CYPD ¹
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	\$30/receta		25% más \$30/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$50/receta		25% más \$50/receta	
Medicamentos de Nivel 4	30% hasta \$250/receta		30% hasta \$250/receta más 25% del precio de compra	

Beneficios de Medicamentos Recetados^{4,5}

	Su pago			
	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹	Cuando se usan Farmacias No Participantes ³	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo <i>Por receta, hasta 90 días de suministro.</i> Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos Medicamentos de Nivel 1 Medicamentos de Nivel 2 Medicamentos de Nivel 3 Medicamentos de Nivel 4	 \$0 \$20/receta \$60/receta \$100/receta 30% hasta \$500/receta		Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura	
Medicamentos orales anticancerígenos <i>Por receta, hasta 30 días de suministro.</i>	Copago de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 o Nivel 4 que corresponda hasta \$250/receta		Sin cobertura	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Civil (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Civil explicado. El Deducible de Farmacias por Año Civil es la cantidad que paga cada Año Civil antes de que Blue Shield pague los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de este Beneficio.

Si este Beneficio tiene un Deducible de Farmacias por Año Civil, los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios sujetos al Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Cualquier Copago, Coseguro y CYPD que corresponda y que usted pague cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Civil. Algunos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se reciben de Farmacias Participantes son pagados por Blue Shield antes de que usted llegue a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil. Dichos Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYPD" del cuadro de Beneficios de Medicamentos Recetados que está más arriba.

2 Uso de Farmacias Participantes:

Las Farmacias Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados cubiertos de una Farmacia Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible de Farmacias por Año Civil.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/wellness/drugs/formulary#heading2.

3 Uso de Farmacias No Participantes:

Las Farmacias No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Cuando recibe Medicamentos recetados de una Farmacia No Participante, usted debe pagar todos los cargos por el medicamento recetado y presentar después un formulario de reclamación completo para pedir un reembolso. El reembolso dependerá del precio que haya pagado por el Medicamento.

4 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Parte D de Medicare (cobertura acreditable)

En términos generales, esta cobertura de Medicamentos recetados es equivalente o superior al beneficio estándar establecido por el gobierno federal para la Parte D de Medicare (también llamada cobertura acreditable). Como esta cobertura de Medicamentos recetados 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.

5 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:

Cobertura de un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente. Si usted selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente, usted es el responsable de pagar el costo que le supone a Blue Shield la diferencia de precio entre el Medicamento de Marca y su equivalente Genérico, además del Copago o el Coseguro por el Medicamento de Nivel 1. Esta diferencia de precio no contará para ningún Deducible médico ni Deducible de Farmacias por Año Civil, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Civil. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud le recetan un Medicamento de Marca y le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted paga el Copago o el Coseguro que corresponda según el nivel del medicamento. Si su Médico o su Proveedor de Atención de la Salud no le indican que no debería reemplazarlo por un Medicamento Genérico equivalente, usted puede 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.

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.

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

APROBACIÓN REGLAMENTARIA EN TRÁMITE

2.

encuentre un proveedor/ medicamento recetado

Use la información de esta sección para ayudarlo a encontrar un médico e informarse sobre las opciones de medicamentos recetados. ¡También hemos incluido un folleto con franqueo pagado que usted puede usar para solicitar su propio directorio de proveedores!

Encuentre el médico que prefiera

Blue Shield cree que buscar un médico no debería causarle un dolor de cabeza. Por eso, el sitio web blueshieldca.com incluye nuestras listas más actualizadas de médicos, especialistas, farmacias y hospitales.

¡Lo hacemos más fácil!

Es fácil encontrar la lista más reciente de médicos, especialistas, proveedores de salud mental, hospitales, dentistas, proveedores de atención de la vista o farmacias. Visite **blueshieldca.com** y seleccione *Find a Doctor* (Buscar un médico) desde el menú. Estos son algunos accesos directos útiles:

1. Cómo empezar depende del tipo de plan:

- Para Access+ HMO®: Visite **blueshieldca.com/networkhmo**.
- Para Local Access+ HMO®: Visite **blueshieldca.com/networklocalaccess**.
- Para Access+ HMO SaveNetSM: Visite **blueshieldca.com/networksavenet**.
- Para Trio HMO: Visite **blueshieldca.com/networktriohmo**.
- Para PPO: Visite **blueshieldca.com/pponetwork**.

- Para Tandem PPO: Visite **blueshieldca.com/networktandemppo**.

2. Seleccione el tipo de proveedor que necesita (p. ej., un médico, un centro de atención, un proveedor de salud mental, etc.).
3. Ingrese el lugar que prefiere.
4. Seleccione si desea buscar por especialidad del proveedor o por nombre del proveedor.
5. Se mostrarán los resultados relevantes.

Consideraciones especiales para cada tipo de plan

Si se inscribe en un plan HMO

Cuando se inscribe en un plan HMO, usted y sus dependientes deben elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que brinde servicios a no más de 15 millas (24 km) o 30 minutos de viaje en automóvil* del lugar donde usted vive o trabaja. Puede buscar su PCP con la herramienta *Find a Doctor* (Buscar un médico) de Blue Shield of California que está disponible en **blueshieldca.com** o llamar a Servicio para Miembros para obtener ayuda. Si al inscribirse no elige un PCP, le asignaremos uno nosotros; después podrá cambiar su PCP en cualquier momento. Los PCP brindan controles de rutina, inmunizaciones y atención urgente, y lo refieren a especialistas.

Si se inscribe en un plan PPO

Como miembro de un plan PPO, puede elegir su propio médico y no necesita una referencia para consultar a un especialista. Elegir un proveedor de las redes PPO puede hacerle ahorrar dinero y garantizarle que recibirá el nivel más alto de beneficios disponibles para usted.

Si visita a médicos que no están en la red PPO, es posible que deba pagar copagos más altos, además de cualquier cargo que supere la cantidad permitida de Blue Shield para los servicios.

Si obtiene acceso a la atención fuera de California

Los miembros de planes PPO que obtengan acceso a la atención fuera de California pueden hacerlo por medio de la red del programa BlueCard®, que incluye acceso a más del 95% de los médicos y 96% de los hospitales de todo el país. Siempre que sea posible, debe elegir un médico o un hospital de la red BlueCard para ahorrar dinero y asegurarse de recibir el nivel más alto de beneficios disponibles para usted. Si visita a médicos que no están en la red BlueCard, es posible que deba pagar copagos más altos, además de cualquier cargo que supere la cantidad permitida de Blue Shield para los servicios.

Para buscar un médico o un hospital de la red BlueCard en los Estados Unidos, visite **provider.bcbs.com** o llame sin cargo a BlueCard Access al **(800) 810-BLUE (2583)**.

Para buscar un médico o un hospital de la red internacional Blue Shield Global Core, visite **bcbsglobalcore.com**. También puede llamar al Blue Shield Global Core Service Center (Centro de Servicios de Blue Shield Global Core) al **(800) 810-BLUE (2583)** desde los Estados Unidos o llamar por cobro revertido al **(804) 673-1177** desde el exterior.

* Las áreas de servicio de los médicos de atención primaria varían según el contrato.

Programa de medicamentos recetados

Nuestro programa de medicamentos recetados brinda acceso a una red de farmacias independientes y de cadenas, así como a una farmacia de servicio por correo y farmacias especializadas. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/pharmacy.

Farmacias independientes y de cadenas

La red de farmacias de Blue Shield incluye todas las cadenas de farmacias más importantes y la mayoría de las farmacias independientes de California. Es fácil encontrar una farmacia de la red de su localidad. Busque en nuestra lista de farmacias en Internet, donde encontrará la información más actualizada:

- Visite blueshieldca.com/pharmacy y vaya a la sección *Pharmacy networks* (Redes de farmacias).
- Si desea encontrar una farmacia en la que su medicamento recetado esté cubierto, visite blueshieldca.com y seleccione *Find a Doctor* (Buscar un médico) desde el menú, y después seleccione *Pharmacies* (Farmacias).

Farmacia de servicio por correo

Ofrecemos el beneficio de una farmacia de servicio por correo que le deja recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento cubiertos por correo. Este servicio está disponible si usted toma de manera permanente dosis estables de medicamentos de mantenimiento cubiertos para el tratamiento de problemas de salud crónicos, como la hipertensión arterial. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/90dayRX.

Farmacia especializada

Las farmacias especializadas de la red están disponibles para los miembros de Blue Shield. Estas farmacias brindan entregas convenientes de medicamentos especializados, que incluyen los medicamentos inyectables de autoadministración. Todos los suministros necesarios para la administración de medicamentos especializados inyectables (como agujas y jeringas, hisopos humedecidos con alcohol, recipientes para objetos que cortan o pinchan, etc.) se incluyen sin ningún costo adicional.

Se exige autorización previa para los medicamentos especializados. Los miembros a quienes se les receten medicamentos inyectables de autoadministración con un beneficio de medicamentos especializados deben obtener esos medicamentos en una farmacia especializada de la red.

Averigüe si su medicamento recetado está cubierto

El formulario de medicamentos de Blue Shield es una lista de medicamentos genéricos y de marca preferidos.

Es fácil averiguar si su medicamento está cubierto en nuestro formulario. Visite blueshieldca.com/pharmacy y seleccione *Drug formularies* (Formularios de medicamentos) para encontrar un formulario de medicamentos que le corresponda.

Aviso de prácticas de privacidad

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Este Aviso describe cómo se podrá usar y revelar su información médica como miembro de Blue Shield y de qué manera usted puede obtener acceso a dicha información.

Nuestro compromiso con la privacidad

En Blue Shield, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger dicha información.

En nuestras actividades habituales, creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros recibe el nombre de "información protegida sobre la salud" (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye datos personales que lo identifican individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Para cumplir con la ley estatal y federal, debemos brindarle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad y nuestras obligaciones legales con respecto a su PHI. Tenemos la obligación de mantener la privacidad de su PHI y de avisarle en caso de que usted se vea afectado por la revelación de PHI vulnerable. Cuando usamos o hacemos pública ("revelamos") su PHI, estamos sujetos a los términos de este Aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con su PHI.

Cómo protegemos su privacidad

Contamos con medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para garantizar la privacidad de su PHI. Para proteger su privacidad, solo los miembros del personal de Blue Shield que tienen autorización y entrenamiento adecuado pueden acceder a nuestros registros electrónicos e impresos y a las áreas privadas donde se almacena esta información.

Los miembros del personal reciben entrenamiento en los siguientes temas:

- Procedimientos y políticas de protección de datos y privacidad, lo que incluye cómo etiquetar, almacenar y archivar los registros impresos y electrónicos, y cómo obtener acceso a dichos registros.
- Medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para mantener la privacidad y seguridad de su PHI.

Nuestra Oficina de Privacidad corporativa controla la manera en que cumplimos con los procedimientos y las políticas de privacidad, y brinda asesoramiento a nuestra organización sobre este tema tan importante.

Cómo usamos y revelamos su PHI

Usos de la PHI sin su autorización.

De ser necesario, podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito mientras le brindamos beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos revelar su PHI para los siguientes fines:

Y0118_18_098A_SP 03192018

- **Tratamientos:**

- Para compartirla con enfermeros, médicos, farmacéuticos, optometristas, promotores de salud y otros profesionales de atención de la salud de manera que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarlo a obtener servicios y tratamientos que pueda necesitar; por ejemplo, pedir pruebas de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar su atención de la salud y los servicios relacionados con un profesional o un centro de atención de la salud.

- **Pagos:**

- Para obtener el pago de las primas de su cobertura.
- Para tomar decisiones de cobertura; por ejemplo, hablar con un profesional de atención de la salud sobre el pago por los servicios que le brindó.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que usted pudiera tener; por ejemplo, hablar con otro plan o aseguradora de salud para determinar su elegibilidad o su cobertura.
- Para obtener el pago de un tercero que pudiera ser responsable del pago; por ejemplo, un familiar.
- Para determinar y cumplir de cualquier otra manera nuestra responsabilidad de brindarle sus beneficios de salud; por ejemplo, para administrar reclamaciones.

- **Actividades relacionadas con la atención de la salud:**

- Para brindar servicio al cliente.
- Para apoyar y/o mejorar los programas o servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede obtener acceso o brindarle recordatorios de tratamientos o servicios de atención de la salud.

- Para colaborar con otro plan de salud, aseguradora o profesional de atención de la salud que mantengan un vínculo con usted y mejorar así los programas que le ofrecen; por ejemplo, para la administración de casos o para que se respete un acuerdo con una organización responsable del cuidado de la salud (ACO, por sus siglas en inglés) o con un hogar médico centrado en el paciente.
- Para la evaluación de la información médica (*underwriting*), la fijación de cuotas, la clasificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato para un seguro o una cobertura de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que no usaremos ni revelaremos la PHI que incluya información genética para evaluar su información médica, ya que está prohibido por la ley federal.

También podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito para otros fines, en la medida que lo permita o exija la ley. Esto incluye lo siguiente:

- **Revelaciones a otras personas que participan en su atención de la salud.**

- Si usted está presente o disponible de alguna otra manera para indicarnos que lo hagamos, podemos revelar su PHI a otras personas; por ejemplo, a un familiar, a un amigo cercano o a la persona que le brinda cuidados.
- Si usted tiene una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, o si falleció, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a otras personas puede beneficiarlo de algún modo. Si revelamos su PHI en una situación en la que usted no está disponible, revelaremos solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con el tratamiento. También podemos

revelar su PHI para avisar (o ayudar a avisar) a dichas personas acerca de su ubicación, su estado de salud general o su fallecimiento.

- En el caso de un menor de edad, podemos revelar la PHI a cualquiera de sus padres.

- **Revelaciones al patrocinador de su plan.**

Podemos revelar su PHI al patrocinador de su plan de salud grupal, que puede ser su empleador, o a una compañía que actúe en nombre del patrocinador del plan, para que puedan hacer tareas relacionadas con el control, la auditoría y la administración del plan de salud en el que usted participa. Su empleador no puede usar la PHI que revelamos para ningún otro fin que no sea la administración de sus beneficios. Consulte los documentos del plan del patrocinador de su plan para saber si su empleador/patrocinador del plan recibe PHI y para ver una explicación completa sobre las revelaciones y los usos limitados que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI.

- **Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.** Podemos revelar su PHI:

- A compañías que brindan ciertos servicios en nombre de Blue Shield. Por ejemplo, podemos contar con la participación de proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoramiento a los miembros con enfermedades crónicas, como diabetes y asma.
- A organizaciones de acreditación, como el National Committee for Quality Assurance (NCQA, Comité Nacional de Garantía de Calidad), para controlar la calidad.

Tenga en cuenta que, antes de compartir su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito de la organización de acreditación o del proveedor para proteger la privacidad de su PHI.

- **Comunicaciones.** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y brindarle información sobre la cobertura, los beneficios, los programas y servicios relacionados con la salud, los recordatorios de tratamientos o las alternativas de tratamiento disponibles en su plan de salud de Blue Shield. No usamos su PHI con el fin de recaudar fondos.

- **Salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para prevenir o atenuar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de las personas en general.

- **Actividades relacionadas con la salud pública.** Podemos revelar su PHI:

- Para brindar información sobre la salud a autoridades de salud pública autorizadas por ley para recibir dicha información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o de controlar las inmunizaciones.
- Para denunciar abuso o abandono de niños, o abuso de adultos, incluidos los casos de violencia en el hogar, a una autoridad del gobierno autorizada por ley para recibir dichas denuncias.
- Para brindar información sobre un producto o una actividad regulados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) de los Estados Unidos a una persona responsable de la calidad, la seguridad o la eficacia del producto o la actividad.
- Para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible, siempre y cuando la ley nos permita hacerlo.

- **Actividades relacionadas con el control de la salud.** Podemos revelar su PHI:

- A una agencia del gobierno legalmente responsable de supervisar el sistema de atención de la salud o de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de beneficios del gobierno, como Medicare o Medicaid.

- A otros programas reglamentarios que necesitan información sobre la salud para determinar el cumplimiento.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para hacer investigaciones, pero siempre según lo que permita la ley.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos usar y revelar su PHI para cumplir con la ley.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos revelar su PHI en un procedimiento judicial o administrativo, o en respuesta a una orden judicial válida.
- **Funcionarios responsables del cumplimiento de la ley.** Podemos revelar su PHI a la policía o a otros funcionarios responsables del cumplimiento de la ley, según lo exija la ley, o para cumplir con una orden judicial o con otro proceso autorizado por ley.
- **Funciones gubernamentales.** Podemos revelar su PHI a diversos departamentos del gobierno, como las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, según lo exija la ley.
- **Compensación por accidentes de trabajo.** Podemos revelar su PHI cada vez que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.

Usos de la PHI que requieren su autorización. Excepto para los fines descritos anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Por ejemplo, no usaremos su PHI para fines de comercialización sin su autorización previa por escrito ni brindaremos su PHI a un posible empleador sin su autorización por escrito.

Usos y revelación de cierta PHI considerada “altamente confidencial”. Para ciertos tipos de PHI, es posible que la ley federal y estatal exija un mayor nivel de protección de la privacidad. Esto incluye la PHI que está relacionada con lo siguiente:

- Notas de terapia psicológica.
- Prevención, tratamiento y referencia por abuso de alcohol y drogas.

- Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.
- Enfermedades venéreas y/o transmisibles.
- Pruebas genéticas.

Solo podemos revelar este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley lo permita o lo exija específicamente.

Cancelación de la autorización. En cualquier momento, usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya entregado previamente. La cancelación, que deberá ser enviada por escrito, se aplicará a usos y revelaciones futuros de su PHI. No afectará los usos o las revelaciones hechos con anterioridad, mientras su autorización estaba vigente.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que Blue Shield crea, obtiene y/o guarda sobre usted:

- **Derecho a pedir limitaciones.** Puede pedirnos que limitemos la forma en que usamos y revelamos su PHI para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención de la salud, según se explica en este Aviso. No estamos obligados a aceptar sus pedidos de limitación; sin embargo, los analizaremos cuidadosamente.
- Si aceptamos un pedido de limitación, lo cumpliremos hasta que usted pida o acepte cancelar la limitación. Es posible que también le informemos que decidimos cancelar lo que aceptamos con respecto a una limitación. En ese caso, la cancelación será solo para la PHI creada o recibida después de haberle informado de la cancelación.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Puede indicar que desea recibir por medios alternativos o en lugares alternativos las comunicaciones de Blue Shield que contengan PHI. Según lo exija la ley y en la medida que sea posible,

nos adaptaremos a los pedidos razonables. Tal vez le pidamos que haga su pedido por escrito. Si su pedido está relacionado con un niño menor de edad, tal vez le solicitemos que brinde documentación legal que apoye su pedido.

- **Derecho a obtener acceso a su PHI.** Puede indicar que desea revisar o recibir una copia de cierta PHI que guardamos sobre usted en un “conjunto de registros designado”. Esto incluye, por ejemplo, registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y sistemas de registro de administración médica o de casos, y toda aquella información que usamos para tomar decisiones relacionadas con usted. Su pedido debe presentarse por escrito. En la medida de lo posible y según lo exija la ley, le entregaremos una copia de su PHI de la manera (impresa o electrónica) y en el formato que usted la pida. Si pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por preparar, fotocopiar y/o enviarle por correo la PHI. En ciertas circunstancias limitadas y permitidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.
- **Derecho a hacer cambios en sus registros.** Usted tiene derecho a pedirnos que hagamos correcciones o cambios en la PHI que guardamos sobre usted en un conjunto de registros designado. Su pedido debe presentarse por escrito y debe incluir una explicación de la razón por la cual usted desea que se hagan cambios en su PHI. Si decidimos que la PHI no es correcta o está incompleta, la corregiremos según lo permita la ley. Si la PHI que desea cambiar fue creada por un médico o un centro de atención de la salud, debe comunicarse con ellos para pedirles que hagan los cambios en la información.
- **Derecho a recibir un informe sobre las revelaciones.** Después de que hayamos recibido su pedido por escrito, le entregaremos una lista de las revelaciones de su PHI que hicimos durante un período específico, hasta un máximo de

seis años antes de la fecha de su pedido. Sin embargo, la lista no incluirá:

- Revelaciones que usted haya autorizado.
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su pedido.
- Revelaciones hechas con fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, excepto cuando lo exija la ley.
- Otro tipo de revelaciones específicas que la ley nos permite no incluir en el informe.

Si pide un informe más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe que haya pedido después del primero.

- **Derecho a nombrar un representante personal.** Usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante personal. Su representante tendrá permiso para acceder a su PHI, comunicarse con los profesionales y los centros que le brindan atención de la salud, y ejercer en su nombre el resto de los derechos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Según la autoridad que le dé a su representante, este también podrá tomar decisiones en su nombre sobre la atención de la salud.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.** Si usted lo pide, le entregaremos una copia impresa de este Aviso, aun cuando haya optado por recibir el Aviso en forma electrónica. Consulte la sección “Disponibilidad y duración del aviso” de este Aviso.

Medidas que puede tomar

Comuníquese con Blue Shield. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos

sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nosotros:

Blue Shield of California Privacy Office
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Teléfono: (888) 266-8080 (sin cargo)

Fax: (800) 201-9020 (sin cargo)

Correo electrónico: privacy@blueshieldca.com

Para ciertos tipos de pedidos, debe completar y enviarnos por correo un formulario que puede obtenerse llamando al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visitando nuestro sitio web, blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/home.sp.

Comuníquese con una agencia del gobierno.

También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Department of Health & Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad. Puede enviar la queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Office for Civil Rights (OCR, Oficina de Derechos Civiles) del HHS.

Para obtener más información o presentar una queja ante la Secretaría del HHS, visite el sitio web de la OCR, www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Si vive en California, puede comunicarse con el gerente regional de la OCR de California de la siguiente manera:

Region IX Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

No tomaremos medidas en su contra si usted decide ejercer su derecho a presentar una queja, ya sea ante nosotros o ante el HHS.

Disponibilidad y duración del aviso

Disponibilidad del aviso. Para obtener una copia de este Aviso, llame al número del servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web, blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

Derecho a cambiar los términos de este Aviso. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras esté vigente. Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y, a nuestro criterio, podemos aplicar los nuevos términos a toda la PHI de usted que tengamos en nuestro poder, incluida toda la PHI creada o recibida antes de emitir el nuevo Aviso.

Si hacemos cambios en este Aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si usted está inscrito en un plan de beneficios de Blue Shield en ese momento, le enviaremos el nuevo Aviso según lo exija la ley.

Fecha de comienzo. Este Aviso entró en vigencia el 16 de agosto de 2013.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíniłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bíghah. Doo ɓaah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodíłnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ 'ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភូតិកផ្នែក៖ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólóqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníní nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílnínígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhq' shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'aq' naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian

Cómo contactarse con nosotros

Si tiene preguntas sobre la información de este folleto, comuníquese con un representante de Blue Shield a uno de los números que aparecen abajo. Servicio disponible en varios idiomas.

Servicio para Miembros	(888) 256-1915	8 a.m. to 5 p.m PST, De Lunes a Viernes
Servicio para Miembros de los planes Trio HMO	(855) 829-3566	7 a.m. to 7 p.m PST, De Lunes a Viernes

O puede visitarnos en [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com), a cualquier hora del día o de la noche.