



Resumen de Beneficios

Trader Joe's Company
Desde el 1 de julio de 2024
Plan HMO

Custom Trio HMO Per Admit 25-500

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/traderjoes.

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

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

Cuando se usan Proveedores Participantes³

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

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁴

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los 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	\$1,000
Cobertura familiar	\$1,000: por persona \$3,000: por Familia

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

Beneficios⁵

Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁶		
Servicios de Salud Preventivos	\$0	
Programa de Detección Prenatal de California	\$0	
Servicios del médico		
Visita al consultorio para recibir atención primaria	\$25/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista de Trío+ (sin referencia médica)	\$35/visita	
Visita al consultorio para recibir atención de otro especialista (con referencia de un médico de atención primaria)	\$25/visita	
Visita al consultorio para recibir una inyección de suero antialérgico	\$0	
Visita del médico en el hogar	\$25/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 <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos, terapeutas y podólogos.</i>	\$25/visita	
Consulta por medio de Teladoc	\$0	
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento, consultas y educación • Anticonceptivo inyectable, colocación del diafragma, dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés), anticonceptivo implantable y procedimiento relacionado • Ligadura de trompas • Vasectomía 	\$0	
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	\$0	
Atención por embarazo y maternidad		
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	\$25/visita	
Aborto y servicios relacionados con el aborto	\$0	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
Servicios de emergencia		
Servicios de la sala de emergencias	\$125/visita	
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>		
Servicios del Médico en la sala de emergencias	\$0	
Servicios de un centro de atención urgente		
	\$25/visita	
Servicios de ambulancia		
	\$0	
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>		
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	\$0	
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	\$500/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>		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales 	\$500/admisión	
<ul style="list-style-type: none"> 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. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>		
Servicios de laboratorio y patología		
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Centro de laboratorio 	\$25/visita	

Beneficios⁵

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Se aplica el CYD²
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$25/visita	
<p>Servicios de imágenes básicas</p> <p><i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	\$25/visita	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$25/visita	
<p>Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> Consultorio 	\$25/visita	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$25/visita	
<p>Servicios de imágenes avanzadas</p> <p><i>Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios 	\$25/visita	
<ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital 	\$25/visita	
<p>Servicios de Rehabilitación y Habilitación</p> <p><i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.</i></p>		
<p>Consultorio</p>	\$25/visita	
<p>Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital</p>	\$25/visita	
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</p>		
<p>DME</p>	\$0	
<p>Sacaleches</p>	\$0	
<p>Dispositivos y equipos ortóticos</p>	\$0	
<p>Dispositivos y equipos protésicos</p>	\$0	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²
Servicios de atención de la salud en el hogar <i>Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.</i>	\$10/visita	
Servicios de infusión y de inyección en el hogar Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i> Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	\$0 \$0	
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 100 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i> SNF independiente SNF en un hospital	\$0 \$0	
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales <i>Se incluye consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales, atención de rutina en el hogar, atención continua las 24 horas en el hogar, atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas, y atención de relevo para pacientes internados.</i>	\$0	
Otros servicios y suministros Servicios de atención de la diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos, equipos y suministros • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes • Tratamiento médico de nutrición Servicios de diálisis Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	\$0 \$25/visita \$25/visita \$0 \$0 \$0	

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

Su pago

<p><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></p>	<p>Cuando se usan Proveedores Participantes del MHSA³</p>	<p>Se aplica el CYD²</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p>		
<p>Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico</p>	<p>\$0</p>	
<p>Consulta de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) por medio de Teladoc⁷</p>	<p>\$0</p>	
<p>Otros servicios para pacientes ambulatorios, incluso atención intensiva para pacientes ambulatorios, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial, 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</p>	<p>\$0</p>	
<p>Programa de Hospitalización Parcial</p>	<p>\$0</p>	
<p>Pruebas psicológicas</p>	<p>\$0</p>	
<p>Servicios para pacientes internados</p>		
<p>Servicios para pacientes internados por parte de un médico</p>	<p>\$0</p>	
<p>Servicios hospitalarios</p>	<p>\$500/admisión</p>	
<p>Atención en una residencia</p>	<p>\$500/admisión</p>	

Notas

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

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

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

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

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

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

3 Uso de Proveedores Participantes:

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

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

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, Blue Shield pagará el 100 % de los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

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

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

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

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

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.

7 Consultas de Salud Conductual por medio de Teladoc:

Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas (salud conductual) se brindan por medio de Teladoc. El Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA) de Blue Shield no administra estos servicios. Si necesita más información, llame al 1-800-Teladoc (800-835-2362) o visite <http://www.teladoc.com/bsc>.

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

Pb011124



Cláusula adicional sobre los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Trader Joe's Company
Desde el 1 de julio de 2024
HMO/POS

Custom Premier HMO Rx 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 Calendario (CYPD)¹

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

Quando se usan Farmacias Participantes²

Deducible de Farmacias por Año Calendario Por Miembro \$0

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

Quando se usan Farmacias Participantes² Se aplica el CYPD¹

Medicamentos recetados en farmacia al por menor

Por receta, hasta 30 días de suministro.

Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0
Medicamentos Clasificados en Niveles según el Valor	\$0
Medicamentos de Nivel 1	\$10/receta
Medicamentos de Nivel 2	\$25/receta
Medicamentos de Nivel 3	\$40/receta
Medicamentos de Nivel 4	\$40/receta

Medicamentos recetados en farmacia al por menor

Por receta, hasta 90 días de suministro, de una farmacia al por menor para 90 días.

Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0
Medicamentos Clasificados en Niveles según el Valor	\$0
Medicamentos de Nivel 1	\$30/receta
Medicamentos de Nivel 2	\$75/receta

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

Beneficios de Medicamentos Recetados^{3, 4}

Su pago

	Cuando se usan Farmacias Participantes ²	Se aplica el CYPD ¹
Medicamentos de Nivel 3	\$120/receta	
Medicamentos de Nivel 4	\$120/receta	
Medicamentos recetados en farmacia de servicio por correo		
<i>Por receta, para 31 a 90 días de suministro.</i>		
Dispositivos y Medicamentos Anticonceptivos	\$0	
Medicamentos Clasificados en Niveles según el Valor	\$0	
Medicamentos de Nivel 1	\$20/receta	
Medicamentos de Nivel 2	\$50/receta	
Medicamentos de Nivel 3	\$80/receta	
Medicamentos de Nivel 4	\$80/receta	

Notas

1 Deducible de Farmacias por Año Calendario (CYPD):

Deducible de Farmacias por Año Calendario explicado. El Deducible de Farmacias por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario 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 Calendario, 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 Calendario.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Calendario. 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 Calendario. 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 Calendario.

Farmacias Participantes y Formulario de Medicamentos. Puede encontrar una Farmacia Participante y el Formulario de Medicamentos en www.blueshieldca.com/pharmacy.

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 Calendario, ni para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario. 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.

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

Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Este programa deja que, con su aprobación, se surta un suministro de 15 días en el caso de las recetas iniciales para determinados Medicamentos Especializados. Cuando pase esto, el Copago o el Coseguro se calculará de manera proporcional.

Medicamentos Especializados. Los Medicamentos Especializados están disponibles solamente en Farmacias Especializadas de la Red, hasta 30 días de suministro.

Medicamentos Orales Anticancerígenos. Usted paga hasta \$250 por los Medicamentos Orales Anticancerígenos que consiga en una Farmacia Participante, hasta 30 días de suministro. Los Medicamentos Orales Anticancerígenos conseguidos en una Farmacia Participante no están sujetos a ningún Deducible.

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

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



**Blue Shield of California Life & Health
Insurance Company
Resumen de Beneficios**

**Trader Joe's Company
Desde el 1 de julio de 2024**

Custom Eye Exam Only

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Es solo un resumen y forma parte del Certificado de Seguro (COI, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Este Plan usa una red contratada de proveedores de atención de la vista. 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.

Límites de Frecuencia de los Beneficios

Este Plan paga hasta la Asignación y los límites de frecuencia, como se indica para los Servicios Cubiertos.

Examen completo	Uno cada 12 meses consecutivos
------------------------	--------------------------------

Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos.

Período de espera	No hay período de espera
--------------------------	--------------------------

Sin Deducible

En este Plan, no hay una cantidad de dinero que tenga que pagar un Asegurado antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos.

Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield Life por los Servicios Cubiertos durante la membresía de un Asegurado.

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company is an independent licensee of the Blue Shield Association

Beneficios²

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Exámenes de la vista		
Examen completo <i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>		
Visita oftalmológica	\$20	Todos los cargos mayores de \$60
Visita optométrica	\$20	Todos los cargos mayores de \$50
Diagnóstico por imágenes de retina <i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>	\$39	Sin cobertura
Prueba y evaluación de lentes de contacto estándar <i>Una por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Otros servicios		
Equipos y exámenes de baja visión <i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante. El examen debe ser Médicamente Necesario.</i>	Sin cobertura	Sin cobertura

Notas

1 Certificado de Seguro (COI):

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

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

2 Servicios de Atención de la Vista:

Todos los Beneficios de atención de la vista se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield Life.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.

Notas

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.
-

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

Beneficios de Quiropráctica y Acupuntura Personalizados
Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Beneficio de servicios de acupuntura y quiropráctica.

Beneficios	Su Pago	
<p>American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH, por sus siglas en inglés) debe determinar que los Servicios Cubiertos son Médicamente Necesarios.</p>		
<p>Hasta 60 visitas por Miembro, por Año Calendario. El máximo de 60 visitas es para servicios de acupuntura y quiropráctica combinados.</p>	<p>Cuando se usan Proveedores Participantes de Planes ASH</p>	<p>Cuando se usan Proveedores No Participantes</p>
<p>Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario, pero cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.</p>		
Servicios de Acupuntura		
Visita al consultorio	\$15/visita	Sin cobertura
Servicios de Quiropráctica		
Visita al consultorio	\$15/visita	Sin cobertura
Accesorios de quiropráctica	Todos los cargos mayores de \$50	Sin cobertura

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

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

Introducción

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios de acupuntura y quiropráctica según se describe en este documento suplementario. Los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional deben ser brindados por Proveedores Participantes de American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH). Estos Beneficios de acupuntura y quiropráctica son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura. No es necesaria una referencia de su Médico de Atención Primaria.

Planes ASH debe determinar que todos los Servicios Cubiertos son Médicamente Necesarios, menos (1) el examen inicial y el tratamiento por parte de un Proveedor Participante de Planes ASH; y (2) los Servicios de Emergencia.

Nota: Planes ASH responderá a todos los pedidos de evaluación por Necesidad Médica dentro de los cinco días hábiles de haber recibido el pedido.

No se cubrirán los Servicios Cubiertos que se reciban de proveedores que no son Proveedores Participantes de Planes ASH, a menos que sean Servicios de Emergencia y, en ciertos casos, que se reciban en condados de California en los que no haya Proveedores Participantes de Planes ASH. Si Planes ASH determina que los Servicios Cubiertos brindados por un proveedor que no sea un Proveedor Participante son Médicamente Necesarios, usted será el responsable de pagar el Copago de Proveedor Participante.

Beneficios

Servicios de Acupuntura

Los Beneficios están disponibles para los servicios de acupuntura Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, la acupuntura y las terapias adicionales, y las siguientes visitas al consultorio para el tratamiento de:

- dolores de cabeza (tensionales y migrañas);
- dolor articular en la cadera o la rodilla relacionado con la osteoartritis (OA, por sus siglas en inglés);
- dolor articular en otra extremidad relacionado con la OA o la irritación mecánica;
- otros síndromes de dolor relacionados con las articulaciones y con tejidos blandos asociados;
- dolor de espalda y cuello; y
- náuseas por embarazo, cirugía o quimioterapia.

Servicios de Quiropráctica

Los Beneficios están disponibles para los servicios de quiropráctica Médicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados.

Los Beneficios incluyen el examen inicial, las siguientes visitas al consultorio y los servicios incluidos a continuación:

- manipulación de las articulaciones de la columna vertebral y de las articulaciones periféricas (ajustes);

- terapias adicionales, como electroestimulación muscular o ejercicios terapéuticos;
- radiografías simples; y
- soportes y accesorios de quiropráctica.

Las visitas para recibir servicios de acupuntura y quiropráctica están limitadas a un máximo por Miembro, por Año Calendario, como se explica en el Resumen de Beneficios. Los Beneficios deben brindarse en un consultorio. Lo referirán a su Médico de Atención Primaria para que evalúe cualquier problema de salud que no sea un Trastorno Musculoesquelético ni un Trastorno Relacionado y para que le brinde otros servicios que no estén cubiertos por esta cláusula adicional, como el diagnóstico por imágenes (por ejemplo: tomografías computarizadas o imágenes por resonancia magnética [CAT y MRI, respectivamente, por sus siglas en inglés]).

Nota: Debe usar todos los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional antes de obtener acceso a los mismos servicios por medio del programa de descuentos para el bienestar "Alternative Care Discount Program" (Programa de descuentos para la atención alternativa). Para conocer más sobre el programa Alternative Care Discount Program, visite www.blueshieldca.com.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Servicio para Miembros

Para todos los servicios de acupuntura y quiropráctica, Blue Shield of California tiene un contrato con Planes ASH para que sea el administrador de los servicios de acupuntura y quiropráctica del Plan. Comuníquese con Planes ASH si tiene preguntas sobre los servicios de acupuntura y quiropráctica, los Proveedores Participantes de Planes ASH, o los Beneficios de acupuntura y quiropráctica.

La información para comunicarse con Planes ASH es la siguiente:

1-800-678-9133
American Specialty Health Plans of California, Inc.
P.O. Box 509002
San Diego, CA 92150-9002

Planes ASH puede responder por teléfono muchas de las preguntas.

Exclusiones

Los servicios de acupuntura no incluyen:

- tratamiento del asma;
- tratamiento de una adicción (incluido, entre otros, el tratamiento para dejar de fumar); o
- suplementos nutricionales, con vitaminas, con minerales (incluso suplementos con hierbas) ni otros productos similares.

Lea la sección sobre el Proceso de Reclamos de su EOC para ver información sobre cómo hacer un reclamo, su derecho a pedirle ayuda al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a contar con una revisión médica independiente.

Definiciones

American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH)	Plan de servicios de atención de la salud especializada habilitado que ha firmado un contrato con Blue Shield of California para brindar servicios de acupuntura y quiropráctica.
Proveedor Participante de Planes ASH	Acupuntor o quiropráctico que tiene un contrato con Planes ASH para brindarles Servicios Cubiertos a los Miembros.
Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados	Problemas de salud que tienen signos y síntomas vinculados con los sistemas nervioso, muscular y/o esquelético. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados son problemas de salud que suelen clasificarse de la siguiente forma: trastornos estructurales, degenerativos o inflamatorios; o disfunción biomecánica de las articulaciones y/o componentes relacionados de los sistemas muscular o esquelético (músculos, tendones, fascia, nervios, ligamentos/cápsulas, discos y estructuras sinoviales) y enfermedades o manifestaciones asociadas. Los Trastornos Musculoesqueléticos y Trastornos Relacionados incluyen Trastornos Musculoesqueléticos/Miofasciales, Trastornos Funcionales Musculoesqueléticos y subluxación.

Asegúrese de guardar este documento. No es un contrato, pero forma parte de su EOC.

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Beneficio de servicios para audífonos de Blue Shield of California.

Beneficios

Su Pago

Hasta un máximo de \$2,000 por Miembro en cualquier período de 24 meses. Los servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario.

Cuando se usa cualquier proveedor

Servicios para Audífonos

Exámenes de audífonos para elegir el tipo de audífono apropiado y/o para pruebas, asesoramiento y ajustes

Controles de audífonos

Evaluaciones electroacústicas para los audífonos

Audífono monoauricular o binauricular con molde(s) auricular(es),
batería inicial y cables

Todos los cargos mayores de \$2,000

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

Introducción

Además de los Beneficios que están en su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), su cláusula adicional brinda cobertura para servicios para audífonos según se describe en este documento suplementario. Estos Beneficios de servicios para audífonos son independientes de su Plan de salud, pero están sujetos a las disposiciones, limitaciones y exclusiones generales incluidas en su Evidencia de Cobertura.

Como Blue Shield no tiene una red de proveedores contratados para estos servicios, los Beneficios cubiertos por esta cláusula adicional pueden recibirse de cualquier proveedor; además, puede hacer una reclamación en Blue Shield para que le hagan un reembolso.

Beneficios

Los Beneficios están disponibles para servicios para audífonos como se explica en el Resumen de Beneficios. Los servicios están limitados a un pago máximo por Miembro en cualquier período, pero no están sujetos al Deducible por Año Calendario.

Blue Shield le reembolsará los Servicios Cubiertos hasta el máximo incluido en el Resumen de Beneficios.

Cómo enviar un Formulario de Reclamación

Blue Shield les pagará a los Miembros directamente por los servicios recibidos. Las reclamaciones por pagos deben hacerse ante Blue Shield dentro del año después del mes en que se brindaron los servicios. Blue Shield le informará su decisión al Miembro dentro de los 30 días de haber recibido la reclamación.

Para hacer una reclamación por un pago, envíe una copia de la factura detallada y un formulario de reclamación de Blue Shield completo a la siguiente dirección:

Blue Shield
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Los formularios de reclamación están disponibles en línea en www.blueshieldca.com. Los Miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente de Blue Shield para pedir un formulario. Todas las reclamaciones que se hagan deben incluir, como mínimo, el nombre del Suscriptor, la dirección particular, el número de contrato grupal, el número de Suscriptor y una copia de la factura del proveedor en la que estén los servicios prestados, las fechas de tratamiento y el nombre del paciente.

Blue Shield brinda una Explicación de Beneficios para describir cómo se procesó la reclamación y para informar al Miembro sobre cualquier responsabilidad económica.

Exclusiones

Los beneficios no incluyen:

- dispositivos para la audición que necesiten un implante quirúrgico;
- audífonos de repuesto;
- dispositivos de audición asistida o dispositivos de amplificación;
- compra de baterías o de otros equipos, excepto los que están cubiertos según los términos de la compra del audífono inicial;
- cargos por un audífono que son mayores que las especificaciones prescritas para la corrección de la sordera; o
- repuestos para audífonos, reparación de audífonos después del período de garantía cubierto y reemplazo de audífonos más de una vez en cualquier período de 24 meses.