

Comienzo: 1 de enero de 2018

Planes individuales  
y familiares

PPO



Sabemos que usted se esfuerza mucho por lograr una buena salud y mayor bienestar, porque cuando se siente bien, es imparable. Por esa razón, nos comprometemos a darle acceso a atención de la salud económica y la posibilidad de elegir a sus médicos.

Para obtener una cotización e inscribirse, comuníquese con su corredor de seguros o visite [blueshieldca.com/ElijaElAzul](https://blueshieldca.com/ElijaElAzul).

### Planes de salud PPO

Los planes PPO (sigla en inglés de "organización de proveedores preferidos") están diseñados para los miembros que valoran la posibilidad de elegir sus médicos, especialistas y hospitales. Con más de 46,000 médicos y 350 hospitales en nuestra red Exclusive PPO, los planes PPO de Blue Shield pueden darle la flexibilidad y las opciones que estaba buscando.

Los costos por los servicios cubiertos siempre son más bajos si se usan proveedores de la red; sin embargo, con frecuencia, los planes PPO cubren parte del costo de los servicios de proveedores que no participan en nuestra red Exclusive PPO.

### Elección de su plan

Tenemos diversos planes de salud entre los que puede elegir. ¿Cómo elige el plan adecuado para usted? No se preocupe. Nuestra tarea es ayudar a simplificarlo.

Para elegir un plan, debe pensar cuál es la mejor combinación de primas mensuales y costo de atención. En términos generales, cuanto más paga por mes por la prima de su plan, menos paga cuando obtiene atención; y cuanto menos paga por mes por la prima de su plan, más paga cuando obtiene atención.

Paga menos por las primas mensuales ← → Paga más por las primas mensuales

Plan Minimum Coverage	Planes Bronze	Planes Silver	Plan Gold	Plan Platinum
-----------------------	---------------	---------------	-----------	---------------

Paga más cuando recibe atención ← → Paga menos cuando recibe atención

Guía de planes



Vea la página siguiente para encontrar definiciones útiles de términos médicos importantes.

**PLATINUM****Planes Platinum y Gold**

Estos planes son una excelente opción si va al médico con frecuencia.

**GOLD****SILVER****Planes Silver**

Los planes Blue Shield Silver 70 PPO son una buena opción si va al médico de vez en cuando y está buscando un equilibrio entre el costo mensual de las primas del plan y el costo de la atención.

**SILVER**

Si busca un plan de alto valor y menor costo, con gastos previsible, nuestro plan Silver 1850 PPO podría ser adecuado para usted.

**SILVER**

También ofrecemos tres planes Silver de costos compartidos con cantidades máximas de gastos de bolsillo, deducibles y copagos más bajos para los miembros que cumplen con ciertos requisitos de ingresos y con otros criterios. Dichos planes son: Blue Shield Silver 94 PPO, Blue Shield Silver 87 PPO y Blue Shield Silver 73 PPO. Estos planes están disponibles únicamente a través de Covered California.

**SILVER****SILVER****BRONZE****Planes Bronze**

Estos planes son una buena opción si rara vez va al médico y prefiere pagar una mayor parte del costo cuando recibe atención a cambio de una prima mensual más baja.

**MINIMUM COVERAGE**

Si desea un plan que le permita tener una cuenta de ahorros para la salud\* (HSA, por sus siglas en inglés), el plan Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO puede ser una opción adecuada para usted. Puede prepararse para afrontar futuros costos médicos contribuyendo dinero con ventajas impositivas a tu propia cuenta HSA, y puede recibir servicios de atención preventiva sin costo adicional antes de alcanzar el deducible.

**Minimum Coverage PPO**

Este plan es una excelente opción si rara vez va al médico y desea pagar la prima mensual más baja. Para poder inscribirse en este plan, debe tener menos de 30 años o certificar que no tiene cobertura económica o que está enfrentando algún tipo de dificultad.

\* Si bien la mayoría de las personas que se inscriben en un plan de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con las HSA son elegibles para abrir una HSA, le recomendamos que consulte a un consejero financiero para saber si un HDHP con una HSA es una alternativa financiera adecuada para usted. Blue Shield no ofrece consejos impositivos sobre las HSA. Se puede tener acceso a las HSA a través de las instituciones financieras. Para obtener más información sobre las HSA, los requisitos de elegibilidad y las normas legales vigentes, debe consultar a su consejero financiero o impositivo.

**Definiciones:**

**Beneficios (servicios cubiertos):** Los servicios y suministros médicamente necesarios que están cubiertos por el plan de salud.

**Cantidad permitida:** La cantidad total en dólares que Blue Shield permite para los servicios cubiertos.

**Copago:** La cantidad fija en dólares que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año civil que corresponda.

**Coseguro:** El porcentaje que un miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año civil.

**Costo compartido:** Los costos por servicios de atención de la salud que se comparten entre Blue Shield y el miembro.

**Deducible:** La cantidad que un miembro paga por año civil por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que Blue Shield comience a pagar. Los servicios cubiertos específicos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año civil.

**Formulario:** La lista de medicamentos preferidos que Blue Shield establece para sus beneficios de medicamentos recetados. Esta lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca que han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos).

**HDHP:** Las siglas en inglés de "plan de salud con deducibles altos".

**Nivel 1:** La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca de bajo costo incluidos en el Formulario de medicamentos estándar de Blue Shield.

**Nivel 2:** Los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos incluidos en el Formulario de medicamentos estándar de Blue Shield.

**Nivel 3:** Los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos incluidos en el Formulario de medicamentos estándar de Blue Shield.

**Nivel 4:** Los medicamentos especializados o los medicamentos que cuestan más de \$600.

**Prima:** La cantidad que el miembro paga todos los meses a Blue Shield por su cobertura de salud.

**Red de proveedores/proveedores participantes:** Los proveedores (médicos y hospitales) que han acordado, mediante un contrato con Blue Shield, brindar servicios cubiertos a los miembros de un determinado plan de salud. Los proveedores participantes son aquellos que han acordado aceptar la tarifa contratada de Blue Shield por los servicios cubiertos.

**Cobertura mientras está de viaje**

Ya sea que usted viaje por negocios o por placer, todos los planes PPO de Blue Shield incluyen el Programa BlueCard®, que le da acceso a servicios de rutina y programados en los 50 estados del país, como también a servicios urgentes y de emergencia cuando viaja al exterior.

**Cómo obtener un plan HMO**

Si prefiere un plan HMO con acceso a una excelente red de médicos y hospitales, y quizá primas aún más bajas, es posible que nuestros planes Trio HMO estén disponibles en su área. Para obtener más información sobre nuestros planes HMO, pídale a su corredor de seguros la versión HMO de este folleto o visite [blueshieldca.com/ElijaElAzul](http://blueshieldca.com/ElijaElAzul).

**Ayuda financiera**

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera para pagar las primas mensuales de cualquier plan de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California (a excepción del plan Minimum Coverage PPO). Si necesita ayuda con el proceso de elegibilidad, comuníquese con su corredor de seguros o con Blue Shield.

En este cuadro, se brindan detalles sobre los deducibles, los copagos y las cantidades de coseguro de los planes para servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Usted es responsable de todos los cargos hasta la cantidad permitida, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica en el cuadro. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Exclusive PPO.

= El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.  = El beneficio está sujeto a un deducible.

	BLUE SHIELD PLATINUM 90 PPO	BLUE SHIELD GOLD 80 PPO	BLUE SHIELD SILVER 70 OFF EXCHANGE PPO*	BLUE SHIELD SILVER 70 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 94 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 87 PPO†	BLUE SHIELD SILVER 73 PPO†
<b>Beneficio</b>	<b>Con los proveedores participantes, los miembros pagan:<sup>1</sup></b>						
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$15	\$25	\$35	\$35	\$5	\$10	\$30
Visita al consultorio de un médico especialista	\$30	\$55	\$75	\$75	\$8	\$25	\$75
Visita de atención urgente	\$15	\$25	\$35	\$35	\$5	\$10	\$30
Medicamentos del Nivel 1 (suministro para hasta 30 días)	\$5	\$15	\$15 <sup>4</sup>	\$15 <sup>4</sup>	\$3	\$5	\$15 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 2 (suministro para hasta 30 días)	\$15	\$55	\$55 <sup>4</sup>	\$55 <sup>4</sup>	\$10	\$20	\$50 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 3 (suministro para hasta 30 días)	\$25	\$75	\$80 <sup>4</sup>	\$80 <sup>4</sup>	\$15	\$35	\$75 <sup>4</sup>
Medicamentos del Nivel 4 (suministro para hasta 30 días)	10% (hasta \$250 por receta)	20% (hasta \$250 por receta)	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>	10% (hasta \$150 por receta)	15% (hasta \$150 por receta)	20% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>
Laboratorio	\$15	\$35	\$35	\$35	\$8	\$15	\$35
Radiografías	\$30	\$55	\$75	\$75	\$8	\$25	\$75
Hospitalización como paciente internado	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
Servicios de la sala de emergencias (que no resulten en admisión hospitalaria)	\$150	\$325	\$350	\$350	\$50	\$100	\$350
Ambulancia	\$150	\$250	\$255	\$250	\$30	\$75	\$250
Maternidad; parto (en un hospital)	10%	20%	20%	20%	10%	15%	20%
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Acupuntura (a cargo de un acupuntor autorizado)	\$15	\$25	\$35	\$35	\$5	\$10	\$30
Deducible médico por año civil <sup>6</sup>	\$0	\$0	\$2,500 por persona/ \$5,000 por familia	\$2,500 por persona/ \$5,000 por familia	\$75 por persona/ \$150 por familia	\$650 por persona/ \$1,300 por familia	\$2,200 por persona/ \$4,400 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año civil (incluye el deducible)	\$3,350 por persona/ \$6,700 por familia	\$6,000 por persona/ \$12,000 por familia	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$1,000 por persona/ \$2,000 por familia	\$2,450 por persona/ \$4,900 por familia	\$5,850 por persona/ \$11,700 por familia
Deducible de farmacias por año civil	\$0	\$0	\$130 por persona/ \$260 por familia <sup>4,6</sup>	\$130 por persona/ \$260 por familia <sup>4,6</sup>	\$0	\$50 por persona/ \$100 por familia <sup>6,7</sup>	\$130 por persona/ \$260 por familia <sup>4,6</sup>

Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para obtener una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, llame al (888) 256-3650 y pida una copia de la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Además, tenemos formularios llamados Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) que pueden ayudarlo a decidir, ya que le ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios que cubren dichos planes. Visite [blueshieldca.com/policies](http://blueshieldca.com/policies) o llame al (888) 256-3650 para obtener los formularios.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) para obtener más información.

\* Este plan de Blue Shield debe comprarse a través de Blue Shield, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes médicos de Blue Shield que figuran en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, salvo que se indique lo contrario.

† Este plan de Blue Shield debe comprarse a través de Covered California, y su corredor de seguros puede ayudarlo con el proceso. Puede inscribirse en todos los demás planes médicos de Blue Shield que figuran en este cuadro a través de Blue Shield o de Covered California, salvo que se indique lo contrario.

1 Las cantidades que se indican son un porcentaje de las cantidades permitidas. Los proveedores de la red aceptan las cantidades permitidas de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.

2 Las primeras tres (3) visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año civil e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, visitas al médico especialista, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año civil.

3 Las primeras tres (3) visitas están disponibles antes de alcanzar el deducible médico por año civil e incluyen una combinación de visitas al médico de atención primaria, atención urgente, acupuntura, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas y visitas a otros profesionales. Las visitas siguientes están sujetas al deducible médico por año civil.

En este cuadro, se brindan detalles sobre los deducibles, los copagos y las cantidades de coseguro de los planes para servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Usted es responsable de todos los cargos hasta la cantidad permitida, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica en el cuadro. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Exclusive PPO.

= El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.  = El beneficio está sujeto a un deducible.

	BLUE SHIELD SILVER 1850 PPO*	BLUE SHIELD BRONZE 60 PPO	BLUE SHIELD BRONZE 60 HDHP PPO	BLUE SHIELD MINIMUM COVERAGE PPO
<b>Beneficio</b>				
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$45	\$75 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$75 después del deducible <sup>2</sup>	40%	\$0 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$0 después del deducible <sup>3</sup>
Visita al consultorio de un médico especialista	\$70	\$105 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$105 después del deducible <sup>2</sup>	40%	0%
Visita de atención urgente	\$45	\$75 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$75 después del deducible <sup>2</sup>	40%	\$0 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$0 después del deducible <sup>3</sup>
Medicamentos del Nivel 1 (suministro para hasta 30 días)	\$15 <sup>4</sup>	100% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>5</sup>	0% <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 2 (suministro para hasta 30 días)	\$50 <sup>4</sup>	100% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>5</sup>	0% <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 3 (suministro para hasta 30 días)	\$70 <sup>4</sup>	100% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>5</sup>	0% <sup>5</sup>
Medicamentos del Nivel 4 (suministro para hasta 30 días)	30% (hasta \$250 por receta) <sup>4</sup>	100% (hasta \$500 por receta) <sup>4</sup>	40% (hasta \$500 por receta) <sup>5</sup>	0% <sup>5</sup>
Laboratorio	30%	\$40	40%	0%
Radiografías	30%	100%	40%	0%
Hospitalización como paciente internado	30%	100%	40%	0%
Cirugía para pacientes ambulatorios	30%	100%	40%	0%
Servicios de la sala de emergencias (que no resulten en admisión hospitalaria)	30%	100%	40%	0%
Ambulancia	30%	100%	40%	0%
Maternidad; parto (en un hospital)	30%	100%	40%	0%
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Acupuntura (a cargo de un acupuntor autorizado)	\$45	\$75 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$75 después del deducible <sup>2</sup>	40%	\$0 por las primeras 3 visitas por año civil antes del deducible; luego, \$0 después del deducible <sup>3</sup>
Deducible médico por año civil <sup>6</sup>	\$1,850 por persona/ \$3,700 por familia	\$6,300 por persona/ \$12,600 por familia	\$4,800 por persona/ \$9,600 por familia	\$7,350 por persona/ \$14,700 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año civil (incluye el deducible)	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	\$6,550 por persona/ \$13,100 por familia	\$7,350 por persona/ \$14,700 por familia
Deducible de farmacias por año civil	\$250 por persona/ \$500 por familia <sup>4, 6, 7</sup>	\$500 por persona/ \$1,000 por familia <sup>4, 6</sup>	N/C <sup>5</sup>	N/C <sup>5</sup>

4 Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año civil.

5 Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible médico por año civil.

6 Para la cobertura familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando dicho miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance

el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos (2) miembros de la familia alcancen su propio deducible individual o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres (3) o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.

7 Los medicamentos recetados que no sean del Nivel 1 están sujetos al deducible de farmacias por año civil.

## ¿Tiene preguntas o desea presentar la solicitud?

 Visite nuestro centro de inscripción en [blueshieldca.com/ElijaElAzul](https://blueshieldca.com/ElijaElAzul).

 Llame a su corredor de seguros.

Su corredor de seguros puede ayudarlo a solicitar un plan de Blue Shield a través de Blue Shield o de Covered California ([www.coveredca.com](https://www.coveredca.com)), que es el mercado de planes de salud de California.

También ofrecemos planes dentales, de la vista y de seguro de vida\*, que se pueden obtener con o sin un plan médico. Para obtener más información, comuníquese con su corredor de seguros o visite [blueshieldca.com/ElijaElAzul](https://blueshieldca.com/ElijaElAzul).

\* Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.