

Revelación de información

Formulario de Revelación de los Planes HMO para Pequeñas Empresas

An independent member of the Blue Shield Association

Formulario de Revelación de Blue Shield: Planes HMO

Este Formulario de Revelación, incluido el resumen de beneficios suministrado que viene por separado (matriz de cobertura y beneficios uniformes del plan de salud), es solamente un resumen del plan de salud. Para comprobar los términos y las condiciones que rigen su cobertura, usted tiene derecho a revisar el Contrato Grupal de Servicios de Salud, el cual puede obtener de su empleador si así lo solicita.

La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) contiene los términos y las condiciones de la cobertura de su plan de salud de Blue Shield. Usted tiene derecho a leer la EOC antes de inscribirse en el plan de salud. Después de inscribirse, automáticamente recibirá un folleto de la EOC. Para obtener información detallada sobre su plan de salud, deberá consultar la EOC.

Lea todo el Formulario de Revelación y la EOC detenidamente para saber cuáles son los servicios cubiertos, y las limitaciones y exclusiones que corresponden al plan de salud. Si usted o sus dependientes tienen necesidades especiales de atención de la salud, deberá leer cuidadosamente aquellas secciones de la EOC que correspondan a dichas necesidades.

Para obtener una copia de la EOC o hacer preguntas sobre los beneficios del plan, comuníquese con el Departamento del Servicio para Clientes de Blue Shield al 1-800-424-6521. Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse con el Servicio para Miembros llamando al teléfono de texto TTY al número 1-800-241-1823.

Observaciones

Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios, que pueden estar cubiertos en el contrato del plan y que usted o algún miembro de su familia podrían necesitar: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas inmediatamente después del parto; tratamientos por esterilidad; o aborto. Le recomendamos obtener más información antes de inscribirse. Comuníquese con su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Departamento del Servicio para Clientes de Blue Shield para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención de la salud que usted necesita.

ÍNDICE

Cómo Funciona el Plan	1
Responsabilidad de Pago del Suscriptor o Inscrito.....	3
Disposiciones de Reembolso	3
Pago a los Proveedores	4
Centros de Atención	4
Continuidad de la Atención por parte de un Proveedor Desvinculado.....	5
Continuidad de la Atención para Nuevos Miembros por parte de Proveedores No Contratantes.....	5
Servicios para la Atención de Emergencia.....	5
Administración del Uso	6
Coberturas y Beneficios Principales.....	6
Exclusiones y Limitaciones Principales de los Beneficios.....	6
Beneficios Dentales Pediátricos para Niños de hasta 19 Años	18
Beneficios Pediátricos de la Vista para Niños de hasta 19 Años.....	23
Pago Anticipado de Tarifas	25
Otros Cargos	26
Disposiciones de Renovación	26
Cambios en el Plan.....	26
Cancelación de Beneficios	26
Continuación de la Cobertura Grupal	27
Proceso de Reclamos	27
Confidencialidad de la Información Personal y sobre la Salud	28
Definiciones	29
Tabla del Área de Servicio de Trio ACO HMO.....	32

Cómo Funciona el Plan

Elección de Médicos y Proveedores

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA SALUD.

Una HMO les ofrece a los Miembros una opción de proveedores dentro de una red contratada de Médicos, Hospitales y Profesionales No Médicos de Atención de la Salud. Cada Miembro podrá elegir a un Médico Personal del Directorio del Plan HMO de Blue Shield, que incluye a médicos generales, médicos familiares, internistas, obstetras, ginecólogos y pediatras. Cada Miembro de una misma familia puede seleccionar un Médico Personal distinto.

Todos los Servicios Cubiertos deben ser suministrados o coordinados por el Médico Personal del Miembro, a excepción de lo siguiente:

1. Servicios recibidos durante una visita de Access+ Specialist.
2. Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN, por sus siglas en inglés) suministrados por un obstetra/ginecólogo o un Médico de familia que pertenezcan al mismo Grupo Médico/Independent Practice Association (IPA, Asociación de Práctica Independiente) que el Médico Personal.
3. Servicios de Emergencia.
4. Servicios Urgentes fuera del Área de Servicio del Médico Personal.
5. Servicios de Salud Mental, Tratamiento de Salud Conductual y Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas.*

* Los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas deben ser coordinados y suministrados por el Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en

inglés). Consulte los párrafos sobre Servicios de Salud Mental, Salud Conductual y para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas que continúan en esta sección.

Cuando sea necesario, el Médico Personal del Miembro coordinará la obtención de una autorización previa para servicios. Las decisiones con respecto a las solicitudes de las autorizaciones previas de los servicios se tomarán como se indica a continuación:

Para Servicios Urgentes, lo antes posible según la afección del Miembro, sin exceder las 72 horas desde que se recibió la solicitud.

Para otros servicios, dentro de los 5 días hábiles desde que se recibió la solicitud. Al proveedor a cargo se le notificará la decisión dentro de las 24 horas y luego se enviará una notificación escrita al proveedor y al Miembro dentro de los 2 días hábiles después de que se haya tomado la decisión.

Planes Access+ HMO

Los Planes Access+ HMO les ofrecen a los Miembros la mayor variedad de IPA y Grupos Médicos en el Área de Servicio del Plan Access+ HMO. Los Miembros pueden elegir un Médico Personal del Directorio de Hospitales y Médicos del Plan Access+ HMO.

Planes Local Access+ HMO

Los Planes Local Access+ HMO ofrecen una red selecta de IPA y Grupos Médicos en el Área de Servicio del Plan Local Access+ HMO. Esto brinda una variedad de planes más económicos y a la vez se cumplen los requisitos de accesibilidad y disponibilidad. Los Miembros pueden elegir un Médico Personal del Directorio de Hospitales y Médicos del Plan Local Access+ HMO.

Para poder inscribirse en un Plan Local Access+ HMO, es necesario que los Miembros vivan y/o trabajen dentro del Área de Servicio del Plan Local Access+ HMO.

Planes HMO con una Red ACO

Una Accountable Care Organization (ACO, Organización para la Atención Asequible) constituye una red de proveedores para un Plan HMO con una ACO. Esta es la mínima red de proveedores que se ofrece entre los planes HMO de Blue Shield y, por lo tanto, es la opción más económica del plan. Los Miembros solo pueden elegir un Médico Personal que pertenezca a la red ACO.

Antes de inscribirse en este plan de salud, es importante que los Miembros revisen la lista de proveedores que figuran en el Directorio de Hospitales y Médicos de la ACO. En algunas áreas, tal vez haya solo un Grupo Médico o IPA de los cuales pueda elegir un Médico Personal o recibir Servicios Cubiertos. Puede que también haya un Hospital en la ACO que está dentro del Área de Servicio.

Derivación a Servicios de Especialistas

Si el Médico Personal determina que los servicios de especialistas son Médicamente Necesarios, iniciará una derivación a un Proveedor del Plan designado y solicitará la autorización necesaria. Generalmente, el Médico Personal derivará al Miembro a un Especialista u otro proveedor de atención de la salud del mismo Grupo Médico/IPA. El Especialista u otro proveedor de atención de la salud le enviará un informe al Médico Personal.

En el caso de que ningún Proveedor del Plan se encuentre disponible para brindar los servicios requeridos, el Médico Personal derivará al Miembro a un Proveedor no perteneciente al Plan luego de obtener la autorización.

Si una afección o enfermedad potencialmente mortal, degenerativa o discapacitante que requiere atención médica especializada durante un tiempo prolongado afecta a un Miembro, él puede tener derecho a recibir una derivación permanente a un especialista. Para recibir más información sobre las derivaciones

permanentes, comuníquese con el Servicio para Clientes.

Si los Miembros tienen dudas sobre su diagnóstico o consideran que tener información adicional sobre su afección sería útil para determinar el plan de tratamiento más apropiado, ellos pueden pedirle a su Médico Personal que los deriven a otro Médico para obtener una segunda opinión médica. El Médico Personal del Miembro también puede ofrecer una derivación a otro Médico para obtener una segunda opinión. La ley estatal exige que los planes de salud les revelen a sus miembros, a petición del interesado, los plazos para responder a una solicitud de segunda opinión médica. Para solicitar una copia de dichos plazos, llame al Departamento del Servicio para Clientes.

Si la segunda opinión tiene que ver con la atención brindada por el Médico Personal del Miembro, la segunda opinión será provista por un Médico del mismo Grupo Médico/IPA. Si la segunda opinión tiene que ver con la atención recibida de un Especialista, la segunda opinión puede ser provista por cualquier Especialista de Blue Shield de la misma especialidad o de una equivalente. Todas las consultas por segundas opiniones deben estar autorizadas por el Grupo Médico/IPA.

Access+ Specialist

Con Access+ Specialist, un Miembro puede acordar una visita al consultorio de un Especialista del Plan del mismo Grupo Médico o IPA del Médico Personal sin una derivación del Médico Personal. Este Beneficio está sujeto a las limitaciones descritas en la EOC. Las cantidades del Coseguro y el Copago Correspondientes para las visitas de Access+ Specialist se indican en el Resumen de Beneficios, que se incluye como parte de este Formulario de Revelación.

Servicios de Salud Mental, de Salud Conductual y para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Blue Shield ha establecido un contrato con un MHSA para asegurar y proporcionar el Tratamiento de Salud Conductual, los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas y los Servicios de Salud Mental cubiertos a través de una red exclusiva de Proveedores Participantes del MHSA. A través del MHSA deben coordinarse todos los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los ingresos hospitalarios de Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas sin carácter de emergencia, así como los Servicios de Salud Mental y el Tratamiento de Salud Conductual que No Son de Rutina para Pacientes Ambulatorios y los Servicios para Pacientes Ambulatorios con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas, excepto las visitas a un especialista de Access+ Specialist. No es necesario que los Miembros coordinen los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas a través de su Médico Personal.

Los Proveedores Participantes del MHSA están indicados en el Directorio de Proveedores de Salud Conductual de Blue Shield. Los Miembros o el Médico Personal de los Miembros también pueden comunicarse directamente con el MHSA al 1-877-263-9952.

Los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas que se reciban de un Proveedor No Participante del MHSA no serán cubiertos, excepto los Servicios Urgentes o de Emergencia, o cuando ningún Proveedor Participante del MHSA se encuentre disponible para brindar el servicio necesario y el MHSA derive al Miembro a un Proveedor No Participante del

MHSA y autorice los servicios. Serán responsabilidad del Miembro todos los cargos por los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas que no sean brindados por un Proveedor Participante del MHSA, salvo las excepciones mencionadas.

Responsabilidad de Pago del Suscriptor o Inscrito

Por la mayoría de los Servicios Cubiertos, un Miembro paga un Copago al momento de recibir el servicio. Algunos Servicios tienen cobertura sin cargo para el Miembro.

El Médico Personal del Miembro brindará o coordinará la provisión de los Servicios Cubiertos, a excepción de los Servicios de Emergencia o los Servicios de Atención Urgente cuando el Miembro se encuentre fuera del Área de Servicio. Cuando sea necesario, el Médico Personal del Miembro también coordinará la obtención de una autorización previa para servicios.

El Miembro es responsable de pagar cualquier servicio que no tenga cobertura o que no esté autorizado ni proporcionado por Proveedores del Plan (excepto los Servicios de Emergencia o los Servicios de Atención Urgente cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de Servicio).

Disposiciones de Reembolso

A excepción de lo que se indica abajo, los Miembros no necesitan presentar formularios de reclamaciones. Los Miembros pagan un Copago o Coseguro al momento de recibir los servicios. El Coseguro se calcula sobre la base de la tarifa negociada con el Proveedor del Plan. Algunos servicios tienen cobertura sin cargo para el Miembro.

Si el Miembro recibió Servicios de Emergencia e incurrió en gastos por otros servicios, aparte del traslado médico, el Miembro deberá presentar ante Blue Shield, para recibir el pago correspondiente, una reclamación completa junto con el informe

del Servicio de Emergencia, dentro del plazo de un año después de la primera prestación de los Servicios de Emergencia para los que se solicita el pago. En el caso de que se reciban servicios cubiertos de traslado médico en dicha situación de emergencia, Blue Shield le pagará directamente al proveedor del transporte médico.

Si se recibieron Servicios Urgentes fuera del área mediante un proveedor que no es un Proveedor del Plan ni un proveedor de BlueCard*, el Miembro deberá presentar ante Blue Shield, para recibir el pago correspondiente, una reclamación completa junto con el informe del Servicio Urgente, dentro del plazo de un año después de la primera prestación de los Servicios Urgentes para los que se solicita el pago. Blue Shield revisará retrospectivamente los servicios para determinar si fueron Servicios Urgentes. Si Blue Shield determina que los servicios no tienen cobertura, se le notificará al Miembro dicha determinación. Blue Shield le notificará al Miembro la determinación dentro de los 30 días de haber recibido la reclamación.

*BlueCard es una red de Proveedores Participantes de Blue Shield que está disponible para los Miembros mientras viajan temporalmente fuera del Área de Servicio. Si los Miembros utilizan un proveedor de BlueCard, ellos son responsables de las cantidades del Coseguro y el Copago correspondientes, según se indica en el Resumen de Beneficios que se incluye como parte de este Formulario de Revelación; además, no necesitan presentar ningún formulario de reclamación. La EOC contiene información completa sobre el programa BlueCard.

Proporción de los Servicios de Atención de la Salud

Para los planes de salud para grupos pequeños de Blue Shield durante el año 2014, la proporción entre el valor de los servicios de salud proporcionados y la

cantidad que Blue Shield y Blue Shield Life cobraron en concepto de primas fue del 76.8%, lo que significa que por cada dólar de primas cobradas, Blue Shield pagó \$0.768 por los servicios de atención de la salud. La proporción se calculó después de haber aplicado los descuentos de los proveedores.

Pago a los Proveedores

Por lo general, Blue Shield tiene contrato con grupos de Médicos para brindarles servicios a los Miembros. Se les paga un monto fijo mensual a los grupos de Médicos por cada Miembro cuyo Médico Personal pertenece al grupo. Este sistema de pago, llamado capitación, incluye incentivos para los grupos de Médicos, a fin de que todos los servicios provistos a los Miembros se administren de manera adecuada y en conformidad con el contrato.

Los Miembros que deseen saber más sobre este sistema de pago pueden comunicarse con el Departamento del Servicio para Clientes de Blue Shield o hablar con el Proveedor del Plan.

Centros de Atención

Cada plan HMO de Blue Shield cuenta con una red de Médicos, Hospitales, Agencias Participantes de Cuidados para Pacientes Terminales y Profesionales No Médicos de Atención de la Salud en el Área de Servicio del Médico Personal del Miembro. La red específica relacionada con un plan HMO específico se menciona en la EOC y el Resumen de Beneficios del plan de salud.

Comuníquese con el Servicio para Clientes a fin de recibir información sobre los Profesionales No Médicos de Atención de la Salud que se encuentran en el Área de Servicio de su Médico Personal.

Después de la inscripción, se le entregará el directorio de Proveedores del Plan correspondiente al plan HMO en el que está inscrito el Miembro. Los Miembros también pueden encontrar esta información en el

sitio web de Blue Shield (<http://www.blueshieldca.com>) o llamando al Departamento del Servicio para Clientes.

Continuidad de la Atención por parte de un Proveedor Desvinculado

Los Miembros que están siendo tratados por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluso la atención inmediata después del parto) o enfermedades terminales; o quienes son niños de una edad entre el nacimiento y los 36 meses; o quienes han recibido autorización de parte de un proveedor desvinculado, para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, pueden solicitar poder concluir su atención, en ciertas circunstancias, con un proveedor que se va a separar de la red de proveedores de Blue Shield. Comuníquese con el Servicio para Clientes a fin de recibir información sobre los criterios de elegibilidad, y la política y los procedimientos para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor desvinculado.

Continuidad de la Atención para Nuevos Miembros por parte de Proveedores No Contratantes

Los Miembros con cobertura nueva que están siendo tratados por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluso la atención inmediata después del parto) o enfermedades terminales; o quienes son niños de una edad entre el nacimiento y los 36 meses; o quienes han recibido autorización de parte de un proveedor para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, pueden solicitar poder concluir su atención, en ciertas circunstancias, con un proveedor no contratante que le estaba brindando servicios al Miembro en el momento en que la cobertura del Miembro entró en vigor bajo este plan de salud. Comuníquese con el Servicio para Clientes a fin de recibir información sobre los criterios de

elegibilidad, además de la política y el procedimiento por escrito para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor no contratante.

Servicios para la Atención de Emergencia

Se proporcionarán beneficios para los Servicios de Emergencia que se reciban en cualquier parte del mundo.

1. A un Miembro que razonablemente crea que tiene una afección médica o de salud mental de emergencia que requiere una respuesta de emergencia se le recomienda utilizar de manera apropiada el sistema de respuesta de emergencia "911" (donde esté disponible) o acudir al Hospital más cercano para obtener atención inmediata.
2. Un Miembro debe notificar a su Médico Personal dentro de las 24 horas de haber recibido los Servicios de Emergencia o tan pronto como sea razonablemente posible después de la estabilización médica. Blue Shield revisará los servicios retrospectivamente para determinar si dichos servicios se debieron a una afección médica para la cual una persona razonable hubiera creído que él/ella tenía una afección médica de emergencia.
3. Para la atención de emergencia Médicamente Necesaria, el Miembro solamente es responsable del Deducible, Copago o coseguro correspondiente, como se muestra en el Resumen de Beneficios, y no es responsable de ningún Cargo Permitido que Blue Shield esté obligado a pagar.
4. Los servicios no tendrán cobertura si Blue Shield determina que el Miembro no tuvo una afección médica a razón de la cual una persona razonable hubiese pensado que él/ella tenía una emergencia.
5. Para obtener atención Urgente dentro del Área de Servicio del Médico Personal,

un Miembro debe llamar a su Médico Personal.

Administración del Uso

La ley estatal exige que los planes de salud informen a los Miembros y a los proveedores del plan de salud sobre el proceso empleado para autorizar o rechazar los servicios de atención de la salud conforme al plan de salud.

Blue Shield posee la documentación de este proceso, tal como lo exige la Sección 1363.5 del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).

Para solicitar una copia del documento que describe este Programa de Administración del Uso, llame al Departamento del Servicio para Clientes.

Coberturas y Beneficios Principales

Los Beneficios de este plan de salud, incluso la atención aguda y subaguda, solo se brindan para servicios que son Médicamente Necesarios y si son provistos, prescritos o autorizados por el Médico Personal o el MHSA, excepto los Servicios de Emergencia, los Servicios Urgentes fuera del área, las visitas de Access+ Specialist o los Servicios de OB/GYN provistos por un obstetra, ginecólogo o médico familiar que pertenece al mismo grupo médico o IPA que el Médico Personal del Miembro. Consulte el Resumen de Beneficios y/o la EOC para obtener más información detallada sobre los beneficios y las coberturas incluidas en el plan de salud.

Exclusiones y Limitaciones Principales de los Beneficios

Exclusiones Generales

Los planes HMO no proporcionan Beneficios para lo siguiente:

1) exámenes físicos de rutina, a excepción de lo que se lista específicamente en Beneficios de Salud Preventiva, o para las inmunizaciones y vacunaciones que

se administren de cualquier modo (vía oral, inyección u otro), únicamente con propósitos de viajes o para los exámenes necesarios para obtener una licenciatura, empleo, seguro o en una orden judicial o si se requiere para obtener la libertad condicional o bajo palabra;

- 2) hospitalización principalmente para radiografías, análisis de laboratorio o cualquier otro estudio de diagnóstico para pacientes ambulatorios o para observación médica;
- 3) elementos para el cuidado de rutina de los pies y servicios que no son Médicamente Necesarios, incluida la extracción de callos, el emparejamiento o escisión de callosidades y el recorte de las uñas del pie, excepto como pueda estar dispuesto mediante una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales; tratamiento (excepto la cirugía) de afecciones crónicas del pie, p. ej., arcos débiles o vencidos, pie plano o pronado, y dolor o calambre en el pie; calzado especial necesario para las deformidades del pie (p. ej., plantillas o soportes de arco que no estén hechos a medida o que sean de venta libre), con excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios de Ortótica y Beneficios de Atención de la Diabetes; juanetes; traumatismo muscular debido a un esfuerzo; o cualquier tipo de masajes para los pies;
- 4) servicios relacionados con la hospitalización o el confinamiento en un centro para el control del dolor con el propósito de tratar o curar el dolor crónico, excepto en los casos en que los servicios puedan proporcionarse mediante una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales o a través de un programa de atención paliativa ofrecido por Blue Shield;
- 5) servicios proporcionados en el hogar, hospitalización o confinamiento en un centro de salud, principalmente para

descansar y recibir Cuidado Custodial y Atención de Mantenimiento o a Domicilio, excepto como se dispone en Beneficios del Programa de Cuidados para Pacientes Terminales;

- 6) servicios en conexión con actividades de enfermería privada, excepto como se dispone en Beneficios de Atención de la Salud a Domicilio, Beneficios de Terapia Inyectable a Domicilio/Infusión a Domicilio, y excepto como se dispone a través de una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales;
- 7) alimentos y suplementos nutricionales de venta libre o por receta, excepto como se dispone en Beneficios de Terapia Inyectable a Domicilio/Infusión a Domicilio, Beneficios de Productos Alimenticios Especiales y Fórmulas Relacionadas con la Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), o como se dispone a través de una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales;
- 8) audífonos;
- 9) exámenes de la vista y refracciones, lentes y armazones para anteojos, opciones de lentes y tratamientos y lentes de contacto para Miembros de 19 años de edad o más, y dispositivos de ayuda visual asistidos por video o equipos de aumento por video para cualquier propósito;
- 10) cirugía correctiva de los errores de refracción (como la queratotomía radial y la queratoplastia refractiva, entre otras);
- 11) cualquier tipo de comunicador, equipo para mejorar la voz, prótesis vocales, equipo electrónico para generar la voz o cualquier otro dispositivo de asistencia para el habla, con excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios para Aparatos Protésicos;
- 12) atención o servicios dentales relacionados con el tratamiento, prevención o alivio del dolor, o disfunción

de la Articulación Temporomandibular y/o de los músculos de la masticación, con excepción de lo específicamente dispuesto en los Beneficios de Tratamiento Médico de los Dientes, las Encías y las Articulaciones de las Mandíbulas o los Huesos Mandibulares, y los Beneficios Hospitalarios (Servicios de los Centros de Atención);

- 13) para o en relación con los servicios y suministros para el tratamiento de los dientes y las encías (excepto los tumores, la preparación de la mandíbula del Miembro para la radioterapia a fin de tratar el cáncer en la cabeza o el cuello, y los servicios dentales y de ortodoncia que constituyen una parte integral de la Cirugía Reconstructiva para los procedimientos de paladar hendido), y las estructuras periodontales asociadas, incluso, entre otros, los servicios de diagnóstico, preventivos, de ortodoncia y otros tales como limpiezas dentales, blanqueo de dientes, radiografías, diagnóstico por imágenes, servicios de laboratorio, tratamientos tópicos de fluoruro, excepto cuando se usan con la radioterapia para la cavidad oral, empastes y tratamientos de conductos radiculares; tratamiento para la enfermedad periodontal o cirugía periodontal para las afecciones inflamatorias; extracción de dientes; implantes dentales; correctores dentales, coronas, ortesis y prótesis dentales, excepto lo específicamente dispuesto en Beneficios de Tratamiento Médico de los Dientes, las Encías y las Articulaciones de las Mandíbulas o los Huesos Mandibulares, Beneficios Dentales Pediátricos y Beneficios Hospitalarios (Servicios de los Centros de Atención);
- 14) para Cirugía Estética, excepto el tratamiento Medicamente Necesario de las complicaciones resultantes (por ejemplo, infecciones o hemorragias);
- 15) para Cirugía Reconstructiva cuando hay otro procedimiento quirúrgico cubierto

más apropiado o cuando la cirugía reconstructiva propuesta solo ofrece una mejoría mínima en el aspecto del Miembro. Esta exclusión no se aplica a la reconstrucción de mamas cuando se lleva a cabo luego de una mastectomía, incluida la cirugía en cualquiera de las mamas a fin de alcanzar o restaurar la simetría;

- 16) disfunciones y deficiencias sexuales, excepto como se dispone para el tratamiento de las afecciones con base orgánica;
- 17) servicios por Esterilidad, que incluyen lo siguiente:
 - a) servicios relacionados con los procedimientos brindados a una madre sustituta, o servicios que resulten de estos procedimientos. Sin embargo, si la madre sustituta está inscrita en un plan de salud de Blue Shield of California, los Servicios cubiertos de Atención por Embarazo y Maternidad para la madre sustituta estarán cubiertos por ese plan de salud;
 - b) recolección, compra o almacenamiento de espermatozoides, óvulos o embriones congelados de donantes que no sean el Miembro;
 - c) tratamientos con inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés);
 - d) tratamientos con transferencia intratubárica de Zigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés) y fecundación in vitro (IVF, por sus siglas en inglés);
 - e) servicios por Esterilidad que no se indiquen específicamente como un Servicio cubierto en la sección Servicios de Planificación Familiar y para tratar la Esterilidad; y
 - f) servicios relacionados con una afección que la persona presupone que podría ocasionar Esterilidad en el

futuro, con excepción de lo descrito en los Beneficios para la criopreservación de espermatozoides, ovocitos, tejido ovárico o embriones;

- 18) equipo de control y dispositivos de pruebas para el hogar, excepto como se dispone específicamente en los Beneficios de Equipo Médico Duradero;
- 19) pruebas genéticas, excepto lo descrito en las secciones sobre Beneficios de Servicios de Imágenes, Radiografía, Patología y Laboratorio para Pacientes Ambulatorios, y Beneficios de Atención por Embarazo y Maternidad;
- 20) mamografías, Pruebas de Papanicolau u otras pruebas de detección de cáncer de cuello uterino aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Fármacos y Alimentos), servicios de planificación familiar y consulta, pruebas de detección de cáncer colorrectal y Exámenes Anuales para Evaluar el Estado de Salud proporcionados por Proveedores No Pertenecientes al Plan;
- 21) servicios proporcionados en un Hospital por funcionarios, residentes, internos y otras personas en formación;
- 22) servicios proporcionados por un Familiar Cercano o por una persona que habitualmente reside en el hogar del Miembro;
- 23) servicios prestados por una persona o una entidad que no tenga licencia ni certificación válida otorgada por el estado para proporcionar servicios de atención de la salud, o que no ejerza dentro del campo de aplicación de dicha licencia o certificación, excepto servicios recibidos a través del beneficio de Tratamiento de Salud Conductual, correspondiente a los Beneficios de Salud Mental, Salud Conductual y para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas;

- 24) masoterapia que no sea Fisioterapia ni un componente de un plan de tratamiento de rehabilitación de modalidad múltiple;
- 25) para o en relación con la terapia vocacional, educativa, recreativa, de artes plásticas, de danza, de música o de lectura; programas para controlar el peso o programas de ejercicios físicos; asesoramiento nutricional, excepto lo específicamente dispuesto en Beneficios de Atención de la Diabetes. Esta exclusión no se aplicará a los servicios Medicamente Necesarios que por ley Blue Shield debe cubrir en caso de Enfermedades Mentales Graves o Trastornos Emocionales Infantiles Graves;
- 26) problemas de aprendizaje o de conducta, o terapia/capacitación de habilidades sociales, o para pruebas de inteligencia o problemas de aprendizaje. Esta exclusión no se aplicará a los servicios Medicamente Necesarios que por ley Blue Shield debe cubrir por Enfermedades Mentales Graves o Trastornos Emocionales Infantiles Graves;
- 27) servicios de naturaleza Experimental o de Investigación, excepto los servicios para los Miembros que han sido aceptados en un ensayo clínico aprobado, como se indica en Beneficios del Ensayo Clínico para el Tratamiento del Cáncer o de una Afección Potencialmente Mortal;
- 28) fármacos, medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que no pueda comercializarse legalmente sin la aprobación de la FDA de los Estados Unidos, excepto que se indique lo contrario; sin embargo, los fármacos y medicamentos que hayan recibido la aprobación de la FDA para su comercialización para uno o más usos no se rechazarán sobre la base de que se los receta para un uso ajeno al indicado en la etiqueta, siempre y cuando se cumplan con las condiciones previstas en la Sección 1367.21 del Código de Salud y Seguridad de California;
- 29) suministros o equipos médicos no recetados (de venta libre), como monitores de saturación de oxígeno, rodilleras ortopédicas profilácticas y sillas de baño, que se pueden comprar sin la orden de receta emitida por un proveedor autorizado, aunque un proveedor autorizado emita una orden de receta para un artículo no recetado, a excepción de lo dispuesto específicamente en Beneficios de Salud Preventiva, Beneficios de Atención de la Salud a Domicilio, Beneficios de Terapia Inyectable a Domicilio/Infusión a Domicilio, Beneficios del Programa de Cuidados para Pacientes Terminales, Beneficios de Atención de la Diabetes, Beneficios de Equipo Médico Duradero y Beneficios para Aparatos Protésicos;
- 30) artículos para la comodidad del paciente, como teléfonos, televisores, bandejas para huéspedes y artículos de higiene personal;
- 31) para suministros desechables de uso hogareño, como curitas, gasa, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendas elásticas, y pañales, almohadillas protectoras y otros suministros para la incontinencia, excepto lo específicamente dispuesto en Beneficios de Equipo Médico Duradero, Atención de la Salud a Domicilio, Beneficios del Programa de Cuidados para Pacientes Terminales o Beneficios de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios;
- 32) servicios por los cuales el Miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios por los que no se cobra cargo alguno;
- 33) servicios en relación con cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante o a

causa de un empleo por el cual se percibe un salario, sueldo o ganancia, en caso de que dicha lesión o enfermedad esté cubierta por cualquier ley de compensación por accidentes de trabajo, ley sobre enfermedades derivadas del trabajo o legislación semejante. Sin embargo, si Blue Shield paga por estos servicios, podrá establecer un derecho de retención sobre otros beneficios hasta la cantidad abonada por Blue Shield para el tratamiento de dicha lesión o enfermedad;

- 34) manipulación y ajuste de la columna vertebral, con excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios Profesionales (del Médico) [que no sean Beneficios de Salud Mental, de Salud Conductual y para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas], en la sección Beneficios del Plan;
- 35) servicios de traslado distintos a los dispuestos en Beneficios de Ambulancia, en la sección Beneficios del Plan;
- 36) servicios, incluso los servicios de Cuidados para Pacientes Terminales brindados por una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales, no proporcionados, recetados, derivados o autorizados como se describe aquí, a excepción de las visitas de Access+ Specialist, los servicios de OB/GYN prestados por un obstetra/ginecólogo o Médico familiar del mismo Grupo Médico/IPA que el Médico Personal, los Servicios de Emergencia o los Servicios Urgentes, como se dispone en Beneficios de la Sala de Emergencias y Beneficios de Servicios Urgentes, en la sección Beneficios del Plan;
- 37) Servicios de Salud Mental y Tratamiento de Salud Conductual para pacientes internados, Servicios de Salud Mental y Tratamiento de Salud Conductual que No Son de Rutina para Pacientes Ambulatorios, y Servicios para Pacientes Ambulatorios con Trastornos por el Uso

de Sustancias Adictivas, a menos que estén autorizados por el MHSA;

- 38) Medicamentos despachados por un médico o el consultorio de un médico para uso ambulatorio; y
- 39) lo que No esté expresamente listado como beneficio.

El segmento de la EOC titulado Proceso de Reclamos brinda información sobre cómo presentar un reclamo, el derecho de un Miembro a pedir asistencia del Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y el derecho a una revisión médica independiente.

Exclusión por Necesidad Médica

Los Beneficios de este plan de salud se proporcionan solamente para los servicios que son Medicamente Necesarios. El hecho de que un Médico u otro proveedor pueda recetar, solicitar, recomendar o autorizar un servicio o suministro no significa que este sea Medicamente Necesario, aunque no se especifique como una exclusión o limitación. Blue Shield se reserva el derecho de revisar todas las reclamaciones para determinar si un servicio o suministro es Medicamente Necesario, y para evaluar dichas reclamaciones, puede acudir a los servicios de consultores Médicos, comités de revisión de pares de sociedades profesionales u Hospitales, y otros consultores.

Beneficios de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Este Plan brinda beneficios de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, según se especifica en esta sección.

Un Médico o un Proveedor de Atención de la Salud debe recetar todos los Medicamentos cubiertos por este Beneficio, incluidos los artículos de venta libre. Los Miembros deben obtener todos los Medicamentos en una Farmacia

Participante, excepto en los casos mencionados a continuación.

Este Plan puede cubrir Medicamentos de Nivel 3 a un Copago o Coseguro más alto. Se necesita autorización previa de Blue Shield por Necesidad Médica para algunos Medicamentos, para la mayoría de los Medicamentos Especializados y para las recetas de Medicamentos que superan límites de cantidad específicos, según lo descrito en la sección *Proceso de Solicitud de Excepciones/Autorización Previa*. El Miembro o el Médico o Proveedor de Atención de la Salud del Miembro pueden solicitar autorización previa de Blue Shield.

Formulario de Medicamentos para Pacientes Ambulatorios

El Formulario de Medicamentos de Blue Shield es una lista de Medicamentos de Marca y Genéricos preferidos, aprobados por la FDA, que ayuda a los Médicos y a los Proveedores de Atención de la Salud a recetar Medicamentos que sean Medicamento Necesarios y económicos. La cobertura está limitada a los Medicamentos indicados en el Formulario; sin embargo, es posible que los Medicamentos que no se encuentran en el Formulario tengan cobertura si se obtiene autorización previa de Blue Shield.

El Formulario de Blue Shield está desarrollado por el Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee (Comité de Farmacia y Terapéutica) de Blue Shield. Dicho comité se compone de médicos y farmacéuticos que son responsables de evaluar la eficacia, los beneficios de salud y la seguridad relativa de los medicamentos basándose en la evidencia médica y el costo comparativo. Asimismo, evalúan medicamentos nuevos, formulaciones, modos de uso y datos clínicos con el fin de actualizar el Formulario cuatro veces al año. Nota: El Proveedor de Atención de la Salud o el Médico del Miembro podría recetar un medicamento aunque no esté incluido en el Formulario.

La lista de medicamentos del Formulario se divide en niveles de medicamentos, tal como se detalla en el cuadro de abajo. El Copago o el Coseguro del Miembro dependerán del nivel del medicamento. La división en estos niveles se basa en las recomendaciones del Comité de Farmacia y Terapéutica.

Nivel del Medicamento	Descripción
Nivel 1	La mayoría de los Medicamentos Genéricos y las Marcas Preferidas de bajo costo.
Nivel 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos Genéricos No Preferidos. 2. Medicamentos de Marca Preferidos. 3. Medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica del plan, según la seguridad, la eficacia y el costo de dichos medicamentos.
Nivel 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos de Marca No Preferidos. 2. Medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica, según la seguridad, la eficacia y el costo de dichos medicamentos. 3. Por lo general, existen alternativas terapéuticas preferidas y, a menudo, menos costosas en un nivel inferior.
Nivel 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. La FDA o el fabricante de medicamentos limitan la distribución a farmacias especializadas. 2. La autoadministración requiere capacitación o control clínico. 3. Los medicamentos fueron fabricados mediante el uso de biotecnología. 4. El costo del plan (valor neto después de los descuentos) es superior a \$600.

Los Miembros pueden encontrar el Formulario de Medicamentos ingresando en www.blueshieldca.com/bsca/pharmacy/home.sp. Para saber si determinado

medicamento está incluido en el Formulario o para solicitar una copia impresa de dicho Formulario, los Miembros también pueden comunicarse con el Servicio para Clientes al número que figura en la contracubierta de la EOC.

Cómo Obtener Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios en una Farmacia Participante

Para obtener Medicamentos, el Miembro debe presentar una Tarjeta de Identificación de Blue Shield en una Farmacia Participante. Para encontrar una Farmacia Participante, el Miembro puede visitar www.blueshieldca.com/bsca/pharmacy/home.sp o llamar al Servicio para Clientes. Si el Miembro obtiene Medicamentos en una Farmacia No Participante o sin una Tarjeta de Identificación de Blue Shield, Blue Shield rechazará su reclamación, a menos que se trate de un caso de Servicios de Emergencia.

Blue Shield negocia tarifas contratadas con las Farmacias Participantes por los Medicamentos cubiertos.

Planes con Deducible Médico/Medicamentos Recetados por separado: Si el Plan del Miembro tiene un Deducible de Farmacias por Año Civil, el Miembro es responsable de pagar la tarifa contratada por los Medicamentos hasta alcanzar el Deducible de Farmacias por Año Civil. Los Medicamentos del Nivel 1 no están sujetos al Deducible de Farmacias por Año Civil y no se acumularán para dicho deducible. El Miembro debe pagar el Copago o el Coseguro que corresponda por cada medicamento recetado cuando lo obtiene en una Farmacia Participante. Cuando la tarifa contratada de la Farmacia Participante es menor que el Copago o el Coseguro del Miembro, el Miembro solo paga la tarifa contratada.

La cobertura está limitada a los Medicamentos indicados en el Formulario; sin embargo, es posible que algunos Medicamentos que no se encuentran en el

Formulario tengan cobertura por ser Medicamento Necesarios y si se obtiene autorización previa de Blue Shield. Si se obtiene autorización previa, los Medicamentos del Nivel 4 estarán cubiertos con el Copago o el Coseguro del Nivel 4 (consulte el cuadro de Niveles de Medicamentos en la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada Formulario de Medicamentos para Pacientes Ambulatorios). Para todos los demás Medicamentos, se aplica el Copago o el Coseguro del Nivel 3 si se obtiene autorización previa. Si no se obtiene autorización previa, el Miembro es responsable de pagar el 100% del costo de los Medicamentos.

Si el Miembro o el Médico o Proveedor de Atención de la Salud del Miembro eligen un Medicamento de Marca cuando está disponible un Medicamento Genérico equivalente, el Miembro debe pagar la diferencia de costo más el Copago o el Coseguro del nivel correspondiente. Para obtener esta cantidad, se calcula la diferencia entre la tarifa contratada de la Farmacia Participante para el Medicamento de Marca y el Medicamento Genérico equivalente y se suma el Copago o el Coseguro del Nivel 1. Supongamos que el Miembro elige un Medicamento de Marca A cuando está disponible un Medicamento Genérico A equivalente. La tarifa contratada de la Farmacia Participante para un Medicamento de Marca A es de \$300, y la tarifa contratada para un Medicamento Genérico A es de \$100. Entonces, el Miembro sería responsable de pagar los \$200 de diferencia más el Copago o el Coseguro del Nivel 1. Esta diferencia de costo no se acumula para el Desembolso Máximo ni para el Deducible de Farmacias por Año Civil del Miembro.

Si el Miembro o el Médico o Proveedor de Atención de la Salud del Miembro consideran que el Medicamento de Marca es Medicamento Necesario, pueden solicitar una excepción a la diferencia de costo entre

el Medicamento de Marca y su Medicamento Genérico equivalente por medio del proceso de autorización previa de Blue Shield. La solicitud se evalúa para determinar si existe Necesidad Médica. Si se aprueba la solicitud, el Miembro paga el Copago o el Coseguro del nivel correspondiente por el Medicamento de Marca.

El proceso de autorización previa se describe en la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Proceso de Solicitud de Excepciones/Autorización Previa*.

Excepción de Emergencia para Obtener Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios en una Farmacia No Participante

Cuando el Miembro obtiene Medicamentos en una Farmacia No Participante por Servicios de Emergencia:

- El Miembro primero debe pagar todos los cargos del medicamento recetado.
- Luego, debe completar y enviar un Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados a la siguiente dirección:
Blue Shield of California
Argus Health Systems, Inc.
P.O. Box 419019,
Dept. 191
Kansas City, MO 64141
- Blue Shield le reembolsará al Miembro el precio que el Miembro pagó por los Medicamentos, menos los Deducibles y Copagos o Coseguros que correspondan.

Los formularios de reclamación se pueden obtener por teléfono llamando al Servicio para Clientes o en el sitio web www.blueshieldca.com. Para que se considere el pago de las reclamaciones, estas deben recibirse en un plazo de un año desde la fecha del servicio. La presentación de una reclamación no es garantía de pago.

Cómo Obtener Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios a través del Programa de Medicamentos Recetados del Servicio por Correo

El Miembro tiene la opción de usar el Programa de Medicamentos Recetados del Servicio por Correo de Blue Shield cuando toma Medicamentos de mantenimiento por una afección permanente. Esto permite que el Miembro reciba un suministro de hasta 90 días de su Medicamento y puede ayudarlo a ahorrar dinero. El Miembro puede inscribirse en línea, por teléfono o por correo postal. El tiempo de demora para recibir el Medicamento puede ser de hasta 14 días. El Médico o el Proveedor de Atención de la Salud del Miembro deben indicar una cantidad del medicamento recetado que sea igual a la cantidad que se despachará. Los Medicamentos Especializados no están disponibles a través del Programa de Medicamentos Recetados del Servicio por Correo.

El Miembro debe pagar el Copago o el Coseguro correspondiente para Medicamentos Recetados del Servicio por Correo por cada Medicamento recetado.

Visite www.blueshieldca.com o llame al Servicio para Clientes para obtener más información sobre el Programa de Medicamentos Recetados del Servicio por Correo.

Cómo Obtener Medicamentos Especializados a través del Programa de Medicamentos Especializados

Los Medicamentos Especializados exigen coordinación de la atención, control permanente o amplia capacitación del paciente para la autoadministración. Dichos medicamentos están disponibles a través de una Farmacia Especializada de la Red, ya que generalmente las farmacias minoristas no pueden cumplir con estos requisitos. Además, es posible que los Medicamentos Especializados deban manipularse o fabricarse de manera especial (por ejemplo, mediante el uso de biotecnología), que

estén restringidos a determinados Médicos o farmacias, o que exijan que se informen ciertos episodios clínicos a la FDA. El costo de los Medicamentos Especializados suele ser alto.

Los Medicamentos Especializados se obtienen en una Farmacia Especializada de la Red. Las Farmacias Especializadas de la Red envían los Medicamentos Especializados por correo o, a pedido del Miembro, a un comercio minorista asociado para que pueda retirarlos allí. Para obtener estos Medicamentos en otras Farmacias Participantes, el Miembro puede llamar al número del Servicio para Clientes que se encuentra al dorso de la tarjeta de identificación. Si no se puede acceder de manera razonable a una Farmacia Participante, el Miembro puede obtener Medicamentos Especializados en una Farmacia No Participante (consulte la sección *Excepción de Emergencia para Obtener Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios en una Farmacia No Participante*).

Las Farmacias Especializadas de la Red ofrecen servicios clínicos durante las 24 horas, coordinación de la atención con Médicos y un informe para la FDA de ciertos episodios clínicos relacionados con determinados Medicamentos. Para seleccionar una Farmacia Especializada de la Red, el Miembro puede visitar <http://www.blueshieldca.com> o llamar al Servicio para Clientes.

Visite <http://www.blueshieldca.com> para obtener una lista completa de los Medicamentos Especializados. Se necesita autorización previa de Blue Shield por Necesidad Médica para la mayoría de los Medicamentos Especializados, según lo descrito en la sección *Proceso de Solicitud de Excepciones/Autorización Previa*.

Proceso de Solicitud de Excepciones/Autorización Previa

Se necesita una aprobación previa por Necesidad Médica para algunos

Medicamentos y algunas cantidades de Medicamentos antes de que reúnan las condiciones exigidas para estar cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios. Este proceso se denomina “autorización previa”.

Se necesita autorización previa para los siguientes Medicamentos:

1. Algunos Medicamentos compuestos, preferidos y no preferidos, y la mayoría de los Medicamentos Especializados.
2. Los Medicamentos que superan la cantidad máxima permitida en función de la Necesidad Médica y la idoneidad del tratamiento.
3. Algunos anticonceptivos de Marca pueden requerir una autorización previa para gozar de cobertura sin la necesidad de un Copago o Coseguro.
4. Cuando un Medicamento de Marca es Medicamento Necesario, se necesita autorización previa si el Miembro, el Médico o el Proveedor de Atención de la Salud solicitan una excepción para no pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de Marca y el Medicamento Genérico equivalente.
5. Es posible que se cubran algunos Medicamentos que no están incluidos en el Formulario si se obtiene autorización previa de Blue Shield.

Blue Shield cubre Medicamentos compuestos cuando:

- el medicamento compuesto incluye al menos un Fármaco;
- no existen alternativas medicamente adecuadas disponibles en el mercado y aprobadas por la FDA;
- el medicamento compuesto puede autoadministrarse; y
- la literatura médica respalda el uso del Medicamento para el diagnóstico.

El Miembro paga el Copago o el Coseguro del Nivel 3 por los Medicamentos compuestos cubiertos.

El Miembro y el Médico o Proveedor de Atención de la Salud del Miembro pueden pedir una autorización previa o una solicitud de excepción si presentan información de respaldo ante Blue Shield. Una vez que Blue Shield reciba toda la información complementaria requerida, Blue Shield aprobará o rechazará la autorización previa según la Necesidad Médica, dentro de los dos días hábiles. En situaciones estándares o normales, se brindará una determinación para las solicitudes de cobertura de Medicamentos No Pertencientes al Formulario en un plazo de dos días hábiles o de 72 horas, el plazo que sea más corto; en situaciones urgentes, se brindará una determinación para las mismas solicitudes en un plazo de 24 horas.

Límite de Cantidad de Medicamentos que se pueden obtener por Receta o Repetición

1. Salvo que a continuación se indique lo contrario, el Miembro puede recibir un suministro de hasta 30 días de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios. Si solo hay disponible un Medicamento con suministros mayores a 30 días, el Miembro debe pagar el Coseguro o el Copago al por menor correspondiente por cada suministro adicional de 30 días.
2. Blue Shield cuenta con un Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto. Para una receta inicial y con el consentimiento del Miembro, los Medicamentos Especializados designados pueden despacharse para un suministro de prueba de 15 días al precio de un Copago o Coseguro calculado proporcionalmente. Este programa le permite al Miembro recibir un suministro de 15 días de un Medicamento Especializado y determinar si lo tolerará, antes de obtener el suministro completo de 30 días. El programa puede ayudar al Miembro a ahorrar gastos de desembolso si es que no tolera el Medicamento Especializado.

La Farmacia Especializada de la Red se comunicará con el Miembro para tratar las ventajas del programa, que el Miembro podrá elegir en ese momento. El Miembro o el Médico del Miembro pueden elegir un suministro completo de 30 días para la primera receta.

Si el Miembro acepta el período de prueba de 15 días, la Farmacia Especializada de la Red se comunicará con el Miembro antes de despachar el suministro de 15 días restante, a fin de confirmar que el Miembro esté tolerando el Medicamento Especializado. El Miembro puede encontrar una lista de Medicamentos Especializados en el Programa de Medicamentos Especializados de Ciclo Corto, ingresando en <https://www.blueshieldca.com/bsca/pharmacy/home.sp> o llamando al Servicio para Clientes.

3. El Miembro puede recibir un suministro de Medicamentos de hasta 90 días a través del Programa de Medicamentos Recetados del Servicio por Correo. Nota: si el Proveedor de Atención de la Salud o el Médico del Miembro emite una orden de receta para acceder a un suministro de menos de 90 días, la farmacia de servicio por correo despachará esa cantidad y el Miembro será responsable del Coseguro o el Copago del Servicio por Correo correspondiente. Las autorizaciones para repeticiones no se pueden combinar para obtener un suministro de 90 días.
4. Los medicamentos seleccionados de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) con calificación A o B de parte de la United States Preventive Services Task Force (USPSTF, Comisión de Servicios Preventivos de los Estados Unidos) pueden tener cobertura por una cantidad mayor que el suministro de 30 días.

5. El Miembro puede repetir las recetas cubiertas con una frecuencia que sea Médicamente Necesaria.

Exclusiones y Limitaciones de los Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

En el Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios, Blue Shield no brinda cobertura para lo siguiente. El Miembro puede recibir cobertura para determinados servicios que se excluyen abajo y que corresponden a otros Beneficios. Consulte las secciones correspondientes de esta Evidencia de Cobertura para determinar si el Plan cubre los Medicamentos bajo ese Beneficio.

- 1) Medicamentos que se obtienen en una Farmacia No Participante. Esta exclusión no se aplica a los Medicamentos obtenidos para una emergencia cubierta. Tampoco se aplica a los Medicamentos obtenidos para un servicio que se necesita con urgencia, para los que no se puede acceder razonablemente a una Farmacia Participante.
- 2) Cualquier Medicamento que el Miembro recibe mientras está internado o se encuentra en el consultorio de un Médico, en un Centro de Enfermería Especializada o en un Centro para Pacientes Ambulatorios. Consulte las secciones de esta Evidencia de Cobertura tituladas *Beneficios Profesionales y Beneficios Hospitalarios (Servicios de los Centros de Atención)*.
- 3) Medicamentos para llevarse al hogar recibidos de un Hospital, Centro de Enfermería Especializada o establecimientos similares. Consulte las secciones de esta Evidencia de Cobertura tituladas *Beneficios Hospitalarios y Beneficios del Centro de Enfermería Especializada*.
- 4) A menos que figuren como cubiertos bajo este Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios, los Medicamentos que están disponibles sin la necesidad de una receta (son de venta libre), incluidos los medicamentos para los que existe un medicamento de venta libre que posee el mismo ingrediente activo y la misma dosis que el medicamento recetado.
- 5) Medicamentos que no están incluidos en el Formulario. Es posible que se cubran estos Medicamentos si son Médicamente Necesarios y si se obtiene autorización previa de Blue Shield. Consulte la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Proceso de Solicitud de Excepciones/Autorización Previa*.
- 6) Medicamentos por los cuales el Miembro no tiene la obligación legal de pagar o por los que no se cobra cargo alguno.
- 7) Medicamentos que se consideran experimentales o de investigación.
- 8) Suministros o dispositivos médicos, excepto lo que figura como cubierto en el presente documento. Esta exclusión también se aplica a los preparados recetados de aplicación cutánea que están aprobados por la FDA como dispositivos médicos. Consulte las secciones de esta Evidencia de Cobertura tituladas *Beneficios para Aparatos Protésicos, Beneficios de Equipo Médico Duradero y Beneficios de Ortótica*.
- 9) Sangre o productos derivados de la sangre (consulte la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Beneficios Hospitalarios [Servicios de los Centros de Atención]*).
- 10) Los Medicamentos que se recetan con fines estéticos. Esto incluye los medicamentos para retrasar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para tratar la pérdida del cabello, entre otros.
- 11) Alimentos medicinales y productos alimenticios o nutritivos. Consulte las secciones de esta Evidencia de Cobertura tituladas *Beneficios de*

Atención de la Salud a Domicilio, Beneficios de Terapia Inyectable a Domicilio e Infusión a Domicilio, y Beneficios de Productos Alimenticios Especiales y Fórmulas Relacionadas con la Fenilcetonuria.

- 12) Cualquier Medicamento que no se considere seguro para la autoadministración. Estos medicamentos pueden estar cubiertos en las secciones de esta Evidencia de Cobertura tituladas *Beneficios de Atención de la Salud a Domicilio, Beneficios de Terapia Inyectable a Domicilio e Infusión a Domicilio, Beneficios del Programa de Cuidados para Pacientes Terminales y Beneficios de Planificación Familiar.*
- 13) Todos los Medicamentos para el tratamiento de la esterilidad. Medicamentos para el tratamiento de la Esterilidad, excepto los Medicamentos para el tratamiento de la Esterilidad que son de autoadministración. Como se describe en la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Beneficios de Planificación Familiar y para tratar la Esterilidad*, también tienen cobertura los medicamentos inyectables administrados o recetados por el Médico del Miembro durante el curso de un tratamiento a fin de inducir la fertilización.
- 14) Supresores del apetito o medicamentos para la pérdida de peso. Estos Medicamentos pueden tener cobertura si son Medicamento Necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida. En estos casos, se necesita una autorización previa de Blue Shield.
- 15) Dispositivos o medicamentos anticonceptivos que no cumplen con todos estos requisitos:
 - Estar aprobados por la FDA.
 - Ser solicitados por un Médico o un Proveedor de Atención de la Salud.
 - Ser comprados generalmente en una farmacia para pacientes ambulatorios.

- Ser autoadministrables.

Otros métodos anticonceptivos pueden estar cubiertos en la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Beneficios de Planificación Familiar.*

- 16) Medicamentos compuestos que no cumplen con todos estos requisitos:
 - Que el medicamento compuesto incluya al menos un Fármaco.
 - Que no existan alternativas médicamente apropiadas disponibles comercialmente y aprobadas por la FDA.
 - Que el medicamento compuesto sea autoadministrable.
 - Que la literatura médica respalde el uso del Medicamento para el diagnóstico.
- 17) Reemplazo de Medicamentos perdidos, robados o destruidos.
- 18) Si el Miembro se inscribe en un Programa de Cuidados para Pacientes Terminales a través de una Agencia Participante de Cuidados para Pacientes Terminales, los Medicamentos que son Medicamento Necesarios para aliviar y controlar las enfermedades terminales y las afecciones relacionadas. Estos Medicamentos están excluidos de la cobertura de los Beneficios de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios y están cubiertos en la sección de esta Evidencia de Cobertura titulada *Beneficios del Programa de Cuidados para Pacientes Terminales.*
- 19) Medicamentos recetados para el tratamiento de afecciones dentales. Esta exclusión no se aplica a:
 - antibióticos recetados para tratar infecciones;
 - Medicamentos recetados para tratar dolores; o

- la terapia de Medicamentos relacionada con los procedimientos quirúrgicos para afecciones que afectan al maxilar superior/inferior o a las articulaciones óseas relacionadas.
- 20) A excepción de una emergencia cubierta, los Medicamentos que se obtienen en una farmacia:
- no autorizada por el State Board of Pharmacy (Consejo Estatal de Farmacias); o
 - incluida en una lista de exclusión del Gobierno.
- 21) Inmunizaciones y vacunaciones únicamente con fines de viajes.
- 22) Medicamentos empaquetados en prácticos kits que incluyen artículos de venta sin receta destinados a la comodidad personal, a menos que el Medicamento no esté disponible sin dichos artículos. Esta exclusión no se aplicará a los artículos utilizados para la administración de Medicamentos contra la diabetes o el asma.
- 23) Medicamentos recetados reempaquetados (medicamentos que son reempaquetados por una entidad que no es el fabricante original).

Beneficios Dentales Pediátricos para Niños de hasta 19 Años

Blue Shield tiene contrato con un Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés). Todos los Beneficios dentales pediátricos serán administrados por el DPA. Los Beneficios dentales pediátricos están disponibles para los Miembros hasta el último día del mes en el que cumplan 19 años.

Si el Miembro tiene alguna pregunta en relación con los Beneficios dentales pediátricos descritos en esta Revelación de Información, necesita ayuda o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento del Servicio para Miembros

de Planes Dentales llamando al 1-800-286-7401.

Exclusiones y Limitaciones Generales del Plan Dental Pediátrico

A menos que en alguna otra parte de este plan se hagan excepciones específicas a las siguientes exclusiones generales, no se proporcionarán Beneficios para lo siguiente:

- 1) Servicios dentales que no figuren en el Resumen de Beneficios.
- 2) Servicios dentales que excedan los límites especificados en la sección Limitaciones de esta Evidencia de Cobertura.
- 3) Servicios de Dentistas u otros profesionales de la salud no asociados con el Plan, a menos que exista una derivación coordinada por un Dentista Participante y autorizada por el Plan, o que se necesiten en una emergencia cubierta.
- 4) Cualquier servicio dental recibido o los costos generados en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro. Esta exclusión no se aplica a los Servicios Cubiertos para tratar complicaciones que surjan de los servicios recibidos antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro.
- 5) Cualquier servicio dental recibido después del momento en que termina la cobertura del Miembro.
- 6) Servicios experimentales o de investigación, que incluyen cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamento, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivo, o suministro, que no son reconocidos por los estándares médicos profesionales generalmente aceptados o cuya seguridad y eficacia no se ha determinado para el uso en el tratamiento de una enfermedad, lesión o

afección médica particular para la cual el artículo o servicio en cuestión se recomienda o receta.

- 7) Servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia debido a afecciones que no tienen carácter de emergencia, en los casos en que el Miembro razonablemente reconozca que no existe una situación de emergencia.
- 8) Procedimientos, aparatos o restauraciones para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo, a menos que figuren específicamente en el Resumen de Beneficios.
- 9) Atención dental con fines estéticos.
- 10) Anestesia general o sedación intravenosa/consciente, a menos que figure específicamente como un beneficio en el Resumen de Beneficios o que un Dentista la proporcione para una cirugía bucodental cubierta.
- 11) Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
- 12) Cirugías mayores de fracturas y dislocaciones.
- 13) Pérdida o robo de prótesis dentales o puentes.
- 14) Cánceres.
- 15) Entrega de medicamentos que no se suministran habitualmente en un consultorio dental.
- 16) Costos de tratamiento adicionales generados si un procedimiento dental no se puede llevar a cabo en el consultorio del Dentista debido al estado de salud general y a las limitaciones físicas del Miembro.
- 17) Costos de metales preciosos utilizados en cualquier tipo de beneficios dentales.
- 18) Extracción quirúrgica de implantes.
- 19) Servicios prestados por un Dentista pediátrico/pedodoncista a un Miembro, excepto cuando un Miembro menor de

edad no puede ser tratado por su Dentista Participante, cuando los tratamientos son Dentalmente Necesarios o cuando el Dentista Participante del Miembro es un Dentista pediátrico/pedodoncista.

- 20) Cargos por los servicios que haya prestado un familiar cercano o una persona que habitualmente reside en el hogar del Miembro.
- 21) Tratamiento para cualquier afección por la que los Beneficios se podrían recuperar gracias a una indemnización por accidentes laborales o una ley sobre enfermedades derivadas del trabajo, si es que no se hizo ninguna reclamación por dichos Beneficios.
- 22) Tratamientos pagados por cualquier organismo público, incluso por cualquier Gobierno extranjero.
- 23) Cargos por segundas opiniones, a menos que sean previamente autorizadas por el DPA contratado.
- 24) Cargos por análisis de saliva cuando se llevan a cabo los procedimientos de control de caries D0601, D0602 y D0603.
- 25) Servicios prestados por una persona o una entidad que no tenga licencia ni certificación otorgada por el estado para proporcionar servicios de atención de la salud o que no ejerza dentro del campo de aplicación de dicha licencia o certificación, excepto lo expresamente establecido en el presente documento.

Limitaciones y Exclusiones de Ortodoncia de los Beneficios Dentales Pediátricos

El tratamiento de ortodoncia Médicamente Necesario está limitado a los siguientes casos relacionados con una afección médica identificable. Se debe realizar un examen de ortodoncia inicial (D0140) que se denomina Evaluación Bucodental Limitada. Este examen implica completar y presentar la Planilla del Índice de

Desviación Labio-lingual Invalidante (HLD, por sus siglas en inglés) junto con el Formulario de Solicitud de Derivación a una Especialidad. La Planilla del Índice de HLD es la herramienta de medición preliminar que se utiliza para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir los servicios de ortodoncia médicamente necesarios.

Estas son las afecciones que reúnen los requisitos inmediatamente:

- 1) Labio leporino y/o deformidades en el paladar.
- 2) Anomalías craneofaciales, que incluyen:
 - a) síndrome de Crouzon;
 - b) síndrome de Treacher Collins;
 - c) síndrome de Pierre Robin;
 - d) atrofia Hemifacial, hipertrofia Hemifacial y otras malformaciones craneofaciales graves que produzcan una oclusión dental defectuosa que sea físicamente invalidante, según lo determinen nuestros asesores dentales.
- 3) Sobremordida de afección profunda, donde los incisivos inferiores lastiman el tejido blando del paladar y donde la laceración del tejido y/o la pérdida de inserción clínica están presentes. (El simple contacto no se considera sobremordida de afección profunda).
- 4) Mordida cruzada de los dientes anteriores individuales cuando están presentes la pérdida de inserción clínica y la recesión del margen gingival (por ejemplo, desgarramiento del tejido gingival labial sobre los incisivos inferiores). El tratamiento de mordida cruzada bilateral posterior no es un beneficio del programa.
- 5) Una desviación traumática severa se debe justificar adjuntando una descripción de la afección.

- 6) Sobremordida horizontal mayor a 9 mm o protusión mandibular (sobremordida horizontal invertida) mayor a 3.5 mm.

Las afecciones restantes deben sumar 26 puntos o más para calificar (según el Índice de HLD).

Se excluyen las siguientes afecciones:

- 1) Dentadura mal alineada (dientes torcidos).
- 2) Espacio excesivo entre dientes.
- 3) Afecciones de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y/o discrepancias horizontales/verticales (sobremordidas).
- 4) Tratamiento en curso anterior a la fecha de vigencia de esta cobertura.
- 5) Extracciones necesarias con fines de ortodoncia.
- 6) Servicios de ortodoncia quirúrgicos o reposicionamiento mandibular.
- 7) Terapia miofuncional.
- 8) Macroglosia.
- 9) Desequilibrios hormonales.
- 10) Retratamiento de Ortodoncia cuando el tratamiento inicial se proporcionó bajo este plan, o para cambios en el tratamiento de Ortodoncia necesario para cualquier tipo de accidente.
- 11) Aparatos de expansión palatina.
- 12) Servicios brindados por laboratorios externos.
- 13) Reparación o reemplazo de aparatos perdidos, robados o rotos/dañados debido a una negligencia del Miembro.

Limitaciones Generales

Si los siguientes servicios figuran en el Resumen de Beneficios, estarán sujetos a las Limitaciones establecidas a continuación. Los servicios considerados opcionales no están cubiertos. Si un Miembro elige recibir un servicio opcional, dicho Miembro será responsable de pagar la diferencia de costo

entre el Servicio Cubierto y el servicio opcional, a menos que se especifique lo contrario a continuación:

- 1) La roentgenología (radiografías) está limitada de la siguiente manera:
 - a) Las radiografías de aleta de mordida junto con los exámenes periódicos están limitados a una serie de cuatro películas en cualquier período de 6 meses consecutivos. Se permiten radiografías aisladas de aleta de mordida o periapicales en casos de emergencia o de un episodio particular.
 - b) Las radiografías completas de la boca, junto con los exámenes periódicos, se limitan a una vez cada 24 meses consecutivos.
 - c) Las radiografías panorámicas se limitan a una vez cada 24 meses consecutivos.
- 2) Los servicios de profilaxis (limpiezas) se limitan a dos en un período de 12 meses.
- 3) Los tratamientos de selladores dentales se limitan únicamente a los primeros y segundos molares permanentes.
- 4) Las restauraciones están limitadas de la siguiente manera:
 - a) Restauraciones de amalgama, resina compuesta, acrílico, material sintético o plástico para el tratamiento de caries. Si es posible restaurar el diente con dichos materiales, cualquier otra restauración, como una corona o funda, se considera opcional.
 - b) Las restauraciones con resina compuesta o acrílico

en dientes posteriores se consideran servicios opcionales y, si se proporcionan, se pagará la tarifa equivalente de restauración con amalgama.

- c) Se permiten las restauraciones con resina de microrrelleno que no tienen fines estéticos.
 - d) El reemplazo de una restauración tiene cobertura únicamente cuando es defectuosa, según lo muestran afecciones tales como caries o fracturas recurrentes, y cuando el reemplazo es Dentalmente Necesario.
- 5) La Cirugía bucodental está limitada de la siguiente manera:
 - a. La extracción quirúrgica de dientes impactados constituye un Servicio Cubierto únicamente cuando hay evidencia de patología existente.
 - 6) Endodoncia: El retratamiento de conductos radiculares constituye un Servicio Cubierto únicamente si existen signos clínicos o radiográficos que determinen la formación de absceso y/o si el paciente experimenta síntomas. La extracción o el retratamiento de puntos de plata, sobreobturaciones, subobturaciones, obturaciones incompletas o instrumentos rotos alojados en un canal, en ausencia de patología, no constituye un Servicio Cubierto.
 - 7) Periodoncia: El raspado periodontal y alisado radicular y el curetaje subgingival se limitan al tratamiento de cinco cuadrantes en cualquier período de 12 meses consecutivos.

8) Coronas y Puentes Fijos. Se permiten cinco unidades de corona o puente en cada arco. A partir de la sexta unidad, el tratamiento se considera reconstrucción completa de la boca.

a) Las coronas incluyen aquellas fabricadas deacrílico, metal yacrílico, porcelana, metal y porcelana, completamente de metal, recubiertas en oro o corona tres cuartos y de acero inoxidable. También se incluyen las constituciones de espigas y las espigas relacionadas. Las coronas se limitan de la siguiente manera:

- i. El reemplazo de cada unidad se limita a una vez cada 36 meses consecutivos, salvo que la corona ya no sea funcional, según lo determine el DPA.
- ii. Únicamente las coronas deacrílico y las coronas de acero inoxidable constituyen un beneficio para niños menores de 12 años de edad. Si se eligen otros tipos de coronas como beneficio opcional para niños menores de 12 años de edad, el nivel de beneficio dental con cobertura será el de una corona acrílica.
- iii. Las coronas estarán cubiertas solo si no hay suficiente calidad retentiva en el diente para recibir un empaste; por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas a tal grado que no sostendrían un empaste.
- iv. Los revestimientos posteriores al segundo bicúspide se consideran opcionales. Se permitirá una corona completa de metal fundido.
b) Los puentes fijos, que son de porcelana fundida con metal o de plástico procesado en oro,

están limitados de la siguiente manera:

- i. Se utilizarán puentes fijos únicamente cuando un puente parcial no pueda solucionar de manera satisfactoria el problema. Se considera tratamiento opcional si se utiliza un puente fijo cuando uno parcial podría solucionar de manera satisfactoria el problema.
- ii. Un puente fijo tiene cobertura cuando es necesario para reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de 16 años de edad o más y cuando la salud bucodental y la situación dental general del paciente lo permiten. En menores de 16 años, se considera tratamiento dental opcional. Si se realiza en un Miembro menor de 16 años, el solicitante debe pagar la diferencia del costo entre el puente fijo y un separador.
- iii. Los puentes fijos utilizados para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes pilares se encuentran sanos y serían coronados solo para propósitos de apoyo del pónico.
- iv. Los puentes fijos son opcionales cuando se utilizan con una prótesis dental parcial en el mismo arco.
- v. El reemplazo de un puente fijo existente solo tiene cobertura cuando no puede mejorarse mediante reparación.

9) Prótesis removibles.

a) Las prótesis dentales (maxilar completa, mandibular completa, superior parcial, inferior parcial, dientes, ganchos y reductores de presión) están limitadas de la siguiente manera:

- i. Las prótesis dentales parciales no se

- reemplazarán en 36 meses consecutivos, a menos que
- 1) sea necesario debido a la pérdida de dientes naturales cuando la adición o el reemplazo del diente en la prótesis dental parcial existente no sea posible o
 - 2) la prótesis dental se encuentre en mal estado y no pueda mejorarse.
- ii. Los beneficios de las prótesis dentales parciales se limitan a los cargos de una prótesis dental de metal fundido de cromo o acrílico, si esto restaura satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el Dentista eligen un aparato más elaborado o preciso, y dicho aparato no es necesario para restaurar un arco de manera satisfactoria, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
 - iii. Una prótesis dental parcial removible se considera una restauración adecuada de un caso cuando hay dientes faltantes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos de dichos casos se consideran opcionales.
 - iv. Las prótesis dentales completas superiores y/o inferiores no se reemplazarán en 36 meses consecutivos, a menos que la prótesis dental existente se encuentre en mal estado y no pueda mejorarse mediante revestimiento o reparación.
 - v. Los beneficios de las prótesis dentales completas se limitarán al nivel de beneficio de un procedimiento estándar. Si el paciente y el Dentista eligen un tratamiento más personalizado o especializado, el solicitante será responsable de todos los cargos adicionales.
- b) Las reparaciones de base o los revestimientos en el consultorio o en el laboratorio se limitan a uno por arco en cualquier período de 12 meses consecutivos.
 - c) El acondicionamiento de tejidos se limita a dos por prótesis dental.
 - d) Los implantes se consideran un servicio opcional; no obstante, el Miembro (no el Plan) paga el costo total.
 - e) Las prótesis provisionales constituyen un Servicio Cubierto únicamente cuando se utilizan como separadores de espacio anteriores en niños.

Beneficios Pediátricos de la Vista para Niños de hasta 19 Años

Para saber sobre los Copagos del Plan Pediátrico de la Vista, consulte el Resumen de Beneficios, que se incluye como parte de este Formulario de Revelación. También puede consultar la EOC, que recibirá después de su inscripción. Estos materiales ofrecen información más detallada sobre los beneficios y las coberturas incluidos en el plan pediátrico de la vista.

Los planes de la vista de Blue Shield son administrados por el Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) contratado. El VPA contratado es un plan de servicios de atención de la vista autorizado por el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California, que tiene un contrato con Blue Shield para administrar la prestación de productos para la vista y exámenes oculares cubiertos por este Plan

de la Vista a través de una red de Proveedores Participantes. El VPA contratado también tiene contrato con Blue Shield para prestar servicios como administrador de reclamaciones a fin de procesar las reclamaciones relacionadas con los servicios recibidos de Proveedores No Participantes.

Los Servicios Cubiertos están limitados a lo siguiente:

1. Un examen completo de la vista por Año Civil. Un examen completo representa un nivel de servicio en el que se lleva a cabo una evaluación general de todo el sistema visual. Los servicios completos constituyen una única entidad de servicios que no necesariamente se deben llevar a cabo en una sesión. El servicio incluye revisión de antecedentes, observación médica general, examen oftalmoscópico y externo, examen de los campos visuales generales y examen sensitivomotor básico. Según lo indicado, a menudo incluye: biomicroscopia, examen de cicloplejía o midriasis, tonometría y, generalmente, determinación del estado refractivo, a menos que ya se sepa o que la condición de los medios lo excluya, o que esté contraindicado de algún modo, como en el caso de un trauma o inflamación severa.
2. Uno de los siguientes artículos por Año Civil:
 - a. un par de anteojos, incluido un par de lentes para gafas y armazones;
 - b. un par de Lentes de Contacto Optativos (por cuestiones estéticas o por comodidad) que no supere la asignación del beneficio; o
 - c. un par de lentes de contacto No Optativos (Medicamento Necesarios), que son lentes que se utilizan luego de una cirugía de cataratas o cuando los lentes de contacto son el único medio que permite corregir la agudeza visual a 20/40 en caso de queratocono o a 20/60 en caso de

anisometropía; o para ciertas condiciones de miopía (12 o más dioptrías), hiperopía (7 o más dioptrías) o astigmatismo (más de 3 dioptrías), una vez por Año Civil.

Es necesario presentar un informe del proveedor y una autorización previa del VPA contratado.

3. La baja visión es una deficiencia visual bilateral tan significativa que no puede corregirse con anteojos comunes, lentes de contacto ni implantes de lentes intraoculares. Si bien es común sufrir una reducción de la visión central o tener problemas para leer, también es posible que la baja visión se origine a raíz de una disminución de la visión periférica, una reducción o pérdida de la capacidad de ver los colores, o la imposibilidad de que el ojo se adapte correctamente a la luz, el contraste o el resplandor. Puede medirse en términos de agudeza visual de 20/70 a 20/200. La necesidad de realizar una Prueba de Baja Visión complementaria se origina durante un examen completo de la vista. La prueba de Baja Visión complementaria solo puede obtenerse de Proveedores Participantes y solamente una vez en un período de dos Años Civiles consecutivos. Es necesario presentar un informe del proveedor y una autorización previa del VPA.
4. Una derivación para el control de la diabetes por año civil a un programa para el control de enfermedades de Blue Shield. Una vez realizado el examen anual completo de la vista, el VPA contratado le notificará al programa para el control de enfermedades de Blue Shield si usted tiene diabetes o es propenso a contraerla.

Exclusiones del Plan Pediátrico de la Vista

El Plan Pediátrico de la Vista no brinda beneficios para lo siguiente:

- a. Ortóptica o entrenamiento visual, dispositivos para la visión subnormal o lentes de venta sin receta para anteojos cuando no se indican cambios en la receta.
- b. Reemplazo o reparación de lentes o armazones rotos o perdidos, excepto lo dispuesto en la EOC.
- c. Cualquier examen de la vista exigido por el empleador como condición de empleo.
- d. Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos.
- e. Servicios proporcionados por un Familiar Cercano o por una persona que habitualmente reside en el hogar del Suscriptor o Dependiente.
- f. Servicios brindados en relación con cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante o a causa de un empleo por el cual se percibe un salario, sueldo o ganancia, en caso de que dicha lesión o enfermedad se encuentre cubierta por cualquier ley de compensación por accidentes de trabajo, ley sobre enfermedades derivadas del trabajo o legislación semejante. Sin embargo, si Blue Shield paga por estos servicios, podrá establecer un derecho de retención sobre otros Beneficios hasta la cantidad abonada por Blue Shield para el tratamiento de la lesión o enfermedad.
- g. Lentes de contacto, excepto lo específicamente dispuesto en el Resumen de Beneficios de su plan.
- h. Servicios exigidos por cualquier programa u organismo gubernamental, federal, estatal o subdivisión relacionada.
- i. Servicios y materiales por los cuales el Miembro no tiene la obligación legal de pagar, o servicios y materiales por los que no se cobra cargo alguno al Miembro.
- j. Servicios que no estén expresamente listados como Beneficio.
- k. Servicios, procedimientos o suministros que no son razonablemente necesarios para la afección del Miembro según las normas de atención profesional ampliamente aceptadas, o que son de Naturaleza Experimental o de Investigación, o que no cuentan con un respaldo profesional uniforme.
- l. Servicios prestados por una persona o una entidad que no tenga licencia ni certificación otorgada por el estado para proporcionar servicios de atención de la salud o que no ejerza dentro del campo de aplicación de dicha licencia o certificación, excepto lo expresamente establecido en el presente documento.

Pago Anticipado de Tarifas

Las cuotas mensuales (primas) para un Suscriptor y cualquier dependiente inscrito están indicadas en el Contrato Grupal de Servicios de Salud. Los Miembros deben consultar a su empleador para verificar la cantidad que se les puede exigir que paguen. Las cuotas iniciales deben pagarse en la fecha en que entra en vigor este plan de salud, y las cuotas posteriores deben pagarse en la misma fecha de cada mes subsiguiente.

Todas las cuotas necesarias para la cobertura del Suscriptor y los Dependientes deben gestionarse a través del Empleador y deben ser pagadas a Blue Shield. Los Empleadores que obtengan cobertura a través del Small Business Health Options Program (SHOP, Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios) le pagarán las primas directamente al SHOP, y el SHOP le pasará dichas primas a Blue Shield.

Las cuotas que se deben pagar en este plan de salud están sujetas a modificaciones luego de que Blue Shield le envíe al empleador una notificación por escrito con 60 días de anticipación como mínimo. Luego el Empleador le avisará al Suscriptor de inmediato. El aviso no se le entregará al Suscriptor que está inscrito en un contrato

donde las Cuotas mensuales aumentan respetando un cambio de edad que ubica al Suscriptor en la categoría de edad subsiguiente.

Otros Cargos

Deducibles, Niveles de Beneficios y Máximos

Cualquier deducible médico anual o deducible anual por medicamentos se describe en el Resumen de Beneficios del plan HMO. El plan HMO también puede tener Copagos o Coseguros por Servicios Cubiertos, además de cargos que excedan los beneficios máximos, cuyo monto deberá ser pagado por el Miembro. Todos los planes HMO tienen un monto máximo de desembolso por año civil. Para obtener información sobre los máximos que se aplican al plan de salud, consulte el Resumen de Beneficios, que forma parte de este Formulario de Revelación.

Disposiciones de Renovación

Blue Shield ofrecerá renovar el Contrato Grupal de Servicios de Salud, excepto en las siguientes situaciones:

1. Si no se pagan las cuotas (ver las secciones “Cancelación de Beneficios” y “Disposiciones de Rescisión, Cancelación y Reincorporación” de la EOC).
2. Si existe fraude, tergiversación u omisiones.
3. Si no se cumple con las reglas de elegibilidad, participación o contribución correspondientes de Blue Shield.
4. Si Blue Shield da por terminado el tipo de plan.
5. Si el Empleador se traslada fuera de California.
6. Si el Empleador es una asociación y cesa la membresía con la asociación.
7. Si el Empleador obtiene cobertura a través del SHOP y ya no tiene derecho a hacerlo.

La renovación de todos los contratos grupales estará sujeta a lo anteriormente mencionado.

Cambios en el Plan

Los Beneficios de este plan de salud, que incluyen, entre otros, Servicios Cubiertos, Deducibles, Copagos y cantidades máximas de desembolso anuales, pueden cambiar en cualquier momento. Blue Shield le notificará todo cambio por escrito al Empleador del Miembro con un mínimo de 60 días de antelación.

Cancelación de Beneficios

Cancelación Grupal

La sección Disposiciones de Renovación explica las razones por las cuales puede terminarse el Contrato Grupal de Servicios de Salud (Contrato) de un Empleador. Blue Shield puede cancelar el Contrato por incumplimiento en el pago de las cuotas.

Si el Empleador no paga las primas correspondientes cuando es debido, la cobertura finalizará al expirar un período de gracia de 30 días que le sigue al aviso de cancelación por no pagar las primas. El Empleador será responsable de todas las primas que se acumulen mientras esta cobertura continúe durante el período de gracia. Si el Contrato es cancelado, un Miembro inscrito mediante el Contrato dejará de recibir beneficios, incluso la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Ley General de Reconciliación Presupuestaria Consolidada) (grupos con 20 empleados o más) o la California Continuation Benefits Replacement Act (Cal-COBRA, Ley de Reemplazo de Beneficios Continuados de California) (grupos con 2 a 19 empleados). En la disposición de la EOC titulada Extensión de Beneficios se describen específicamente las excepciones por discapacidad.

Nota: Si un Miembro está hospitalizado o se encuentra bajo tratamiento por una afección existente, y el Contrato del Empleador es

cancelado por cualquier razón, incluso por no pagar las cuotas, el Miembro dejará de recibir Beneficios a menos que el Miembro reciba una extensión de los beneficios.

Cancelación Individual

Además de la cancelación del Contrato Grupal de Servicios de Salud con Blue Shield, un Miembro dejará de tener derecho a recibir la cobertura del plan de salud si:

1. el Miembro deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos en el Contrato del Empleador;
2. el Miembro utiliza los beneficios del plan de salud en forma fraudulenta o engañosa; o
3. el Miembro ya no reside ni trabaja en el Área de Servicio.

Para obtener información adicional, consulte la EOC o el Contrato Grupal de Servicios de Salud.

Continuación de la Cobertura Grupal

Cada Miembro debe consultar la EOC y evaluar sus opciones cuidadosamente antes de renunciar a esta cobertura.

Continuación de la Cobertura Grupal: Cal-COBRA (Cobertura para Pequeños Empleadores)

La legislación estatal dispone que los Miembros inscritos en una cobertura grupal y que más adelante pierden su condición de miembro pueden tener derecho a que continúe la cobertura grupal bajo ciertas condiciones. En la EOC encontrará información sobre los requisitos que se deben cumplir para recibir la cobertura continuada Cal-COBRA.

Continuación de la Cobertura Grupal: COBRA

Determinadas situaciones que califican pueden causar la cancelación de la cobertura grupal de un Suscriptor y/o Dependiente cubierto por el plan de salud. En dichas circunstancias, la COBRA de

1985 hace posible la continuación de la cobertura grupal durante un período de tiempo. En la EOC hay una sección titulada Continuación de la Cobertura Grupal, que contiene información sobre la cobertura continuada COBRA.

Proceso de Reclamos

Blue Shield ha establecido un procedimiento de reclamos para recibir, solucionar y seguir los reclamos que los Miembros presentan ante Blue Shield. Si desea obtener más información sobre este proceso, consulte la sección de la EOC titulada Proceso de Reclamos.

Revisión Médica Independiente Externa

La ley estatal exige que Blue Shield les revele a los Miembros la disponibilidad de un proceso de revisión independiente externa cuando el reclamo involucre una reclamación o servicios para los cuales Blue Shield o un proveedor contratante hayan negado la cobertura total o parcial al alegar que el servicio no es Medicamento Necesario o que está en fase de experimentación/investigación. De acuerdo con la legislación de California, los Miembros pueden optar por solicitarle al Departamento de Atención de la Salud Administrada que el asunto sea derivado a un organismo independiente para su revisión externa. Para obtener información adicional sobre cómo funciona este proceso de revisión, consulte la sección de la EOC titulada Revisión Médica Independiente Externa.

Revisión del Departamento de Atención de la Salud Administrada

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California es el responsable de reglamentar los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe llamar a dicho plan al 1-800-424-6521 y aplicar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no le impide

utilizar algún posible derecho o recurso legal que tenga a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo relativo a una Emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha solucionado de manera satisfactoria o un reclamo que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También es posible que cumpla con los requisitos para pedir una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). De ser así, el proceso de la IMR aportará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas sobre pagos por servicios médicos Urgentes o de Emergencia. El Departamento también cuenta con un número telefónico gratuito **(1-888-319-5999)** y una línea de teléfono de texto TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades auditivas o del habla. El sitio web del Departamento (<http://www.dmhca.gov>) proporciona formularios de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

En caso de que Blue Shield cancele o rechace la renovación de su inscripción o la de sus dependientes, y usted considere que dicha medida se debe a razones de salud o se vincula con el uso de los beneficios, usted o sus dependientes pueden solicitar que el Director del Departamento de Atención de la Salud Administrada revise el caso.

Confidencialidad de la Información Personal y sobre la Salud

Blue Shield se compromete a proteger la información personal y sobre la salud de nuestros Miembros en cualquier entorno en que se la reciba o se la intercambie.

Cuando un Miembro completa una solicitud de cobertura, su firma autoriza a Blue Shield a recolectar información personal y sobre la

salud, que incluye tanto la información médica del Miembro como aquellos datos que lo identifican como individuo; por ejemplo, su dirección, número de teléfono y demás información personal. Si un Miembro se inscribe en un plan de salud de Blue Shield, este consentimiento general permite que Blue Shield se comunique con los médicos del Miembro y con otros proveedores para tomar decisiones sobre tratamientos y pagos.

Blue Shield también participa en actividades relacionadas con el control de la calidad, que tal vez nos exijan acceder a la información personal y sobre la salud de un Miembro. Contamos con políticas para proteger esta información de revelaciones inapropiadas y nunca la divulgamos sin antes generalizarla o codificarla. No revelaremos, venderemos ni usaremos de ninguna manera la información personal y sobre la salud de un Miembro, a menos que la ley lo autorice y en la medida en que sea necesario para administrar el plan de salud. En caso de que necesitemos utilizar la información personal y sobre la salud para cualquier otro fin, le pediremos al Miembro una autorización por escrito. Para los Miembros actuales o futuros que no puedan darnos su autorización, contamos con una política vigente que protege dichos derechos del Miembro y permite que el representante legalmente autorizado del Miembro dé el consentimiento en su nombre. A menos que la ley lo permita, Blue Shield tampoco le revelará al empleador la información personal y sobre la salud del Miembro sin su autorización específica.

Mediante los contratos que mantiene con sus proveedores, Blue Shield cuenta con políticas vigentes que le permiten a un Miembro inspeccionar la historia clínica que conserva su proveedor y, cuando es necesario, incluir una declaración escrita por el Miembro. El Miembro también tiene derecho a revisar la información personal y sobre la salud que puede conservar Blue Shield.

Si usted fue, es o quiere ser Miembro y necesita más información detallada sobre la política de Confidencialidad Corporativa de Blue Shield, puede acceder a ella a través del sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamando al Servicio para Miembros.

LA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE BLUE SHIELD PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Y SE ENTREGARÁ A PEDIDO DEL INTERESADO.

Definiciones

Administrador de Servicios de Salud Mental (MHSA): el MHSA es un plan especializado de servicios de atención de la salud autorizado por el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California. Blue Shield tiene un contrato con el MHSA para asegurar y proporcionar los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios de Salud Mental del Plan a través de una red independiente de Proveedores Participantes del MHSA.

Área de Servicio del Médico Personal: área geográfica en la que atiende el grupo médico o IPA del Médico Personal del Miembro.

Área de Servicio del Plan: área geográfica en la que atiende el plan de salud.

Asociación de Práctica Independiente (IPA): grupo de Médicos con consultorios individuales que conforman una organización con el fin de contraer, administrar y compartir las responsabilidades financieras para brindar Beneficios a los Miembros. Para todos los Servicios de Salud Mental y por Abuso de Sustancias Adictivas, esta definición incluye al MHSA.

Cargo Razonable y Habitual:

1. En California: el más bajo entre (a) el cargo facturado por el proveedor y (b) la cantidad que Blue Shield determina como el valor razonable y habitual por los servicios que prestó un Proveedor No Participante, sobre la base de información estadística que se actualiza anualmente como mínimo y que considera muchos factores, entre ellos, la experiencia y la capacitación del proveedor, así como el área geográfica donde se brindan los servicios.
2. Fuera de California: el más bajo entre (a) el cargo facturado por el proveedor y (b) la cantidad (si la hay) que las leyes del estado establecen como pago para los Servicios de Emergencia.

Cargos Permitidos: cantidad que un Proveedor del Plan acuerda aceptar a Blue Shield como pago o cantidad facturada por proveedores no pertenecientes al Plan (salvo que los Médicos que presten Servicios de Emergencia, los Hospitales que presten cualquier servicio que no sean Proveedores del Plan y los centros de diálisis no contratantes que presten cualquier servicio cuando los autoriza el Plan reciban su pago de acuerdo con el Cargo Razonable y Habitual, tal como se define).

Contrato Grupal de Servicios de Salud (Contrato): contrato para la cobertura de salud entre Blue Shield y el Empleador (Portador del Contrato), el cual establece qué Beneficios tienen derecho a recibir los Suscriptores y Dependientes.

Copago: monto específico en dólares que un Miembro debe pagar por los Servicios Cubiertos después de alcanzar cualquier Deducible correspondiente.

Especialista del Plan: Médico que no es un Médico Personal, psicólogo, trabajador social clínico titulado ni terapeuta matrimonial y familiar licenciado, que tiene un acuerdo con Blue Shield para proporcionarles Servicios Cubiertos a los

Miembros, ya sea de acuerdo con una derivación autorizada por un Médico Personal o de acuerdo con el programa Access+ Specialist, o para los Servicios de OB/GYN del Médico. Para todos los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas, esta definición incluye a los Proveedores Participantes del MHSA.

Medicamento Necesario (Necesidad Médica): los Beneficios solo se proveen para los servicios que son Medicamento Necesarios.

1. Los servicios Medicamento Necesarios incluyen solo aquellos servicios que se han catalogado como seguros y eficaces y se proporcionan de acuerdo con las normas profesionales generalmente aceptadas para tratar una lesión, enfermedad o afección médica, y según lo determinado por Blue Shield, son:
 - a. compatibles con la Póliza Médica de Blue Shield;
 - b. coherentes con los síntomas o el diagnóstico;
 - c. no se proporcionan principalmente para conveniencia del paciente, del médico responsable o de otro proveedor; y
 - d. se proporcionan al nivel más apropiado en que se pueden brindar, de manera segura y eficaz para el paciente.
2. Si existen dos o más servicios Medicamento Necesarios que puedan ser proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o afección médica, Blue Shield brindará los Beneficios sobre la base del servicio más rentable.
3. Los Servicios hospitalarios para pacientes internados que son Medicamento Necesarios incluyen solo aquellos Servicios que satisfacen los requisitos arriba mencionados, que requieren que el paciente pase la noche

en una cama del hospital, y que no podrían haberse proporcionado en el consultorio de un médico, en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o en otro establecimiento menor sin afectar adversamente la afección del paciente o la calidad de la atención médica proporcionada.

Los servicios para pacientes internados que no son Medicamento Necesarios incluyen la hospitalización:

- a. para estudios de diagnóstico que podrían haberse proporcionado en forma ambulatoria;
 - b. para observación o evaluación médica;
 - c. para comodidad personal;
 - d. en un centro de control del dolor para tratar o curar un dolor crónico; o
 - e. para la rehabilitación de pacientes internados que se puede proporcionar en forma ambulatoria.
4. Blue Shield se reserva el derecho de revisar todos los servicios para determinar si son Medicamento Necesarios y puede utilizar los servicios de Médicos consultores, comités de revisión de pares de sociedades profesionales u Hospitales, y otros consultores.

Médico Personal: médico general, médico familiar con certificación académica o que reúne las condiciones necesarias, internista, obstetra/ginecólogo o pediatra que tiene un contrato con el Plan para proporcionar atención primaria como Médico Personal a los miembros y para derivar, autorizar, supervisar y coordinar la prestación de todos los beneficios a los Miembros de acuerdo con el Contrato.

Profesional No Médico de Atención de la Salud del Plan: profesional de atención de la salud que no es médico y que tiene un acuerdo con una de las IPA, grupos médicos u hospitales del Plan contratados,

o con Blue Shield para proveer los Servicios cubiertos a los miembros cuando son derivados por un Médico Personal. Para todos los Servicios de Salud Mental, el Tratamiento de Salud Conductual y los Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas, esta definición incluye a los Proveedores Participantes del MHSA.

Proveedor HMO: Grupo Médico o IPA, y todos los Especialistas del Plan y Médicos asociados, que participan en el Plan Full HMO. Para los Servicios de Salud Mental, de Salud Conductual y para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas, es un Proveedor Participante del MHSA.

Proveedor Participante del MHSA: proveedor que tiene un acuerdo en vigencia con el MHSA para brindar Servicios de Salud Mental, Tratamiento de Salud Conductual y Servicios para Pacientes con Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas.

Servicios de Emergencia: servicios que se brindan en caso de una afección médica de emergencia, incluso una afección médica psiquiátrica de Emergencia o un parto activo, que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluso dolor intenso), de modo tal que la ausencia de una atención médica inmediata podría razonablemente derivar en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Poner la salud del Miembro (o, si se trata de una embarazada, la salud de la mujer o su bebé) en grave peligro.
2. Trastorno grave de las funciones corporales.
3. Disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo.

Con respecto a una afección médica de emergencia, los Servicios de Emergencia tienen los siguientes significados:

1. un examen médico de detección que está dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares de rutina disponibles para el departamento de emergencias a fin de evaluar la afección médica de emergencia; y
2. dicho tratamiento y examen médico adicional, en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital, a fin de estabilizar al Miembro.

“Estabilizar” significa proporcionar tratamiento médico para la afección, ya que puede ser necesario para asegurar, con probabilidad médica razonable, que ningún deterioro importante de la afección tienda a aparecer a causa de o durante el traslado del individuo desde un centro de atención; o bien, con respecto a una embarazada con contracciones, cuando no hay tiempo suficiente para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto (o el traslado puede representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o el bebé), “Estabilizar” significa asistir en el parto (incluso con la placenta).

Los Servicios de Atención Posteriores a la Estabilización representan los Servicios Médicamente Necesarios vinculados con los Servicios de Emergencia de un Miembro, recibidos después de que el médico a cargo determina que la afección se encuentra estabilizada.

Servicios Urgentes: Servicios Cubiertos que se brindan fuera del Área de Servicio del Médico Personal (que no son los Servicios de Emergencia) y que son Médicamente Necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud de un Miembro como resultado de una enfermedad, lesión o complicaciones imprevistas de una afección médica existente para la cual el tratamiento no se puede retrasar razonablemente hasta que el Miembro regrese al Área de Servicio del Médico Personal.

Tabla del Área de Servicio de Trio ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Alameda (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de Contra Costa (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Kern (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
94550	94583	93305
94551	94595	93306
94566	94596	93307
94568	94597	93308
94588	94598	93309
Condado de Contra Costa (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de El Dorado (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	93311
94506	95664	93312
94507	95672	93313
94509	95682	93314
94511	95762	93380
94513	Condado de Kern (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	93383
94514	93203	93384
94516	93205	93385
94517	93206	93386
94518	93215	93387
94519	93216	93388
94520	93220	93389
94521	93224	93390
94522	93225	93501
94523	93226	93502
94524	93240	93504
94526	93241	93505
94527	93250	93516
94528	93251	93518
94529	93252	93531
94531	93255	93560
94548	93263	93561
94549	93268	93596
94553	93276	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí)
94556	93280	90001
94561	93283	90002
94563	93285	90003
94564	93287	90004
94565	93301	90005
94570	93302	90006
94575	93303	90007
94582	93304	90008

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
90009	90049	90090
90010	90050	90091
90011	90051	90093
90012	90052	90094
90013	90053	90095
90014	90054	90096
90015	90055	90099
90016	90056	90189
90017	90057	90201
90018	90058	90202
90019	90059	90209
90020	90060	90210
90021	90061	90211
90022	90062	90212
90023	90063	90213
90024	90064	90220
90025	90065	90221
90026	90066	90222
90027	90067	90223
90028	90068	90224
90029	90069	90230
90030	90070	90231
90031	90071	90232
90032	90072	90233
90033	90073	90239
90034	90074	90240
90035	90075	90241
90036	90076	90242
90037	90077	90245
90038	90078	90247
90039	90079	90248
90040	90080	90249
90041	90081	90250
90042	90082	90251
90043	90083	90254
90044	90084	90255
90045	90086	90260
90046	90087	90261
90047	90088	90262
90048	90089	90263

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
90264	90411	90712
90265	90501	90713
90266	90502	90714
90267	90503	90715
90270	90504	90716
90272	90505	90717
90274	90506	90723
90275	90507	90731
90277	90508	90732
90278	90509	90733
90280	90510	90734
90290	90601	90744
90291	90602	90745
90292	90603	90746
90293	90604	90747
90294	90605	90748
90295	90606	90749
90296	90607	90755
90301	90608	90801
90302	90609	90802
90303	90610	90803
90304	90637	90804
90305	90638	90805
90306	90639	90806
90307	90640	90807
90308	90650	90808
90309	90651	90809
90310	90652	90810
90311	90660	90813
90312	90661	90814
90401	90662	90815
90402	90670	90822
90403	90671	90831
90404	90701	90832
90405	90702	90833
90406	90703	90834
90407	90706	90835
90408	90707	90840
90409	90710	90842
90410	90711	90844

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
90846	91110	91307
90847	91114	91308
90848	91115	91309
90853	91116	91310
90895	91117	91311
90899	91118	91313
91001	91121	91316
91003	91123	91321
91006	91124	91322
91007	91125	91324
91008	91126	91325
91009	91129	91326
91010	91182	91327
91011	91184	91328
91012	91185	91329
91016	91188	91330
91017	91189	91331
91020	91199	91333
91021	91201	91334
91023	91202	91335
91024	91203	91337
91025	91204	91340
91030	91205	91341
91031	91206	91342
91040	91207	91343
91041	91208	91344
91042	91209	91345
91043	91210	91346
91046	91214	91350
91066	91221	91351
91077	91222	91352
91101	91224	91353
91102	91225	91354
91103	91226	91355
91104	91301	91356
91105	91302	91357
91106	91303	91364
91107	91304	91365
91108	91305	91367
91109	91306	91371

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) continuación	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) continuación	Condado de Los Ángeles (solo los Códigos Postales que figuran aquí) continuación
91372	91504	91740
91376	91505	91741
91380	91506	91744
91381	91507	91745
91382	91508	91746
91383	91510	91747
91384	91521	91748
91385	91522	91749
91386	91523	91750
91387	91526	91754
91390	91601	91755
91392	91602	91756
91393	91603	91765
91394	91604	91766
91395	91605	91767
91396	91606	91768
91401	91607	91769
91402	91608	91770
91403	91609	91771
91404	91610	91772
91405	91611	91773
91406	91612	91775
91407	91614	91776
91408	91615	91778
91409	91616	91780
91410	91617	91788
91411	91618	91789
91412	91702	91790
91413	91706	91791
91416	91711	91792
91423	91714	91793
91426	91715	91801
91436	91716	91802
91470	91722	91803
91482	91723	91804
91495	91724	91896
91496	91731	91899
91499	91732	93510
91501	91733	93563
91502	91734	-----
91503	91735	-----

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Orange (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de Orange (solo los Códigos Postales que figuran aquí) continuación	Condado de Orange (solo los Códigos Postales que figuran aquí) continuación
90620	92647	92706
90621	92648	92707
90622	92649	92708
90623	92650	92711
90624	92651	92712
90630	92652	92728
90631	92653	92735
90632	92654	92780
90633	92655	92781
90680	92656	92782
90720	92657	92799
90721	92658	92801
90740	92659	92802
90742	92660	92803
90743	92661	92804
92602	92662	92805
92603	92663	92806
92604	92672	92807
92605	92673	92808
92606	92674	92809
92607	92675	92811
92609	92676	92812
92610	92677	92814
92612	92678	92815
92614	92679	92816
92615	92683	92817
92616	92684	92821
92617	92685	92822
92618	92688	92823
92619	92690	92825
92620	92691	92831
92623	92692	92832
92624	92693	92833
92625	92694	92834
92626	92697	92835
92627	92698	92836
92628	92701	92837
92629	92702	92838
92630	92703	92840
92637	92704	92841
92646	92705	92842

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Orange (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Riverside (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de Riverside (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
92843	91752	92563
92844	92220	92564
92845	92223	92567
92846	92230	92570
92850	92320	92571
92856	92501	92572
92857	92502	92581
92859	92503	92582
92861	92504	92583
92862	92505	92584
92863	92506	92585
92864	92507	92586
92865	92508	92587
92866	92509	92589
92867	92513	92590
92868	92514	92591
92869	92515	92592
92870	92516	92593
92871	92517	92595
92885	92518	92596
92886	92519	92599
92887	92521	92860
92899	92522	92877
Condado de Placer (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	92530	92878
95602	92531	92879
95603	92532	92880
95604	92543	92881
95648	92544	92882
95650	92545	Condado de Sacramento (solo los Códigos Postales que figuran aquí)
95658	92546	94203
95661	92548	94204
95663	92551	94205
95677	92552	94206
95678	92553	94207
95713	92554	94208
95746	92555	94209
95747	92556	94211
95765	92557	94229
-----	92562	94230

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Sacramento (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Sacramento (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Sacramento (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
94232	94290	95814
94234	94291	95815
94235	94293	95816
94236	94294	95817
94237	94295	95818
94239	94296	95819
94240	94297	95820
94244	94298	95821
94245	94299	95822
94247	95608	95823
94248	95609	95824
94249	95610	95825
94250	95611	95826
94252	95615	95827
94254	95621	95828
94256	95624	95829
94257	95626	95830
94258	95628	95831
94259	95630	95832
94261	95632	95833
94262	95638	95834
94263	95639	95835
94267	95652	95836
94268	95655	95837
94269	95660	95838
94271	95662	95840
94273	95670	95841
94274	95671	95842
94277	95673	95843
94278	95683	95851
94279	95693	95852
94280	95741	95853
94282	95742	95860
94283	95757	95864
94284	95758	95865
94285	95759	95866
94286	95763	95867
94287	95811	95894
94288	95812	95899
94289	95813	-----

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de San Bernardino (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de San Bernardino (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de San Bernardino (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
91701	92340	92408
91708	92341	92410
91709	92342	92411
91710	92344	92413
91729	92345	92415
91730	92346	92418
91737	92350	92423
91739	92352	92427
91743	92354	Condado de San Diego (solo los Códigos Postales que figuran aquí)
91758	92356	91901
91759	92357	91902
91761	92358	91903
91762	92359	91905
91763	92368	91906
91764	92369	91908
91784	92371	91909
91785	92372	91910
91786	92373	91911
92301	92374	91912
92305	92375	91913
92307	92376	91914
92308	92377	91915
92313	92378	91916
92314	92382	91917
92315	92385	91921
92316	92386	91931
92317	92391	91932
92318	92392	91933
92321	92393	91935
92322	92394	91941
92324	92395	91942
92325	92397	91943
92329	92399	91944
92331	92401	91945
92333	92402	91946
92334	92403	91948
92335	92404	91950
92336	92405	91951
92337	92406	91962
92339	92407	91963

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de San Diego (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de San Diego (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de San Diego (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
91976	92058	92117
91977	92060	92118
91978	92061	92119
91979	92064	92120
91980	92065	92121
91987	92067	92122
92003	92068	92123
92007	92069	92124
92008	92071	92126
92009	92072	92127
92010	92074	92128
92011	92075	92129
92013	92078	92130
92014	92079	92131
92018	92081	92132
92019	92082	92134
92020	92083	92135
92021	92084	92136
92022	92085	92137
92023	92088	92138
92024	92091	92139
92025	92092	92140
92026	92093	92142
92027	92096	92143
92029	92101	92145
92030	92102	92147
92033	92103	92149
92036	92104	92150
92037	92105	92152
92038	92106	92153
92039	92107	92154
92040	92108	92155
92046	92109	92158
92049	92110	92159
92051	92111	92160
92052	92112	92161
92054	92113	92163
92055	92114	92165
92056	92115	92166
92057	92116	92167

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de San Diego (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de San Francisco (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de San Joaquín (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
92168	94119	95205
92169	94120	95206
92170	94121	95207
92171	94122	95208
92172	94123	95209
92173	94124	95210
92174	94125	95211
92175	94126	95212
92176	94127	95213
92177	94129	95215
92178	94130	95219
92179	94131	95220
92182	94132	95227
92186	94133	95230
92187	94134	95231
92190	94137	95234
92191	94139	95236
92192	94140	95237
92193	94141	95240
92195	94142	95241
92196	94143	95242
92197	94144	95253
92198	94145	95258
92199	94146	95267
Condado de San Francisco (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	94147	95269
94102	94151	95296
94103	94158	95297
94104	94159	95304
94105	94160	95320
94107	94161	95330
94108	94163	95336
94109	94164	95337
94110	94172	95366
94111	94177	95376
94112	94188	95377
94114	Condado de San Joaquín (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	95378
94115	95201	95385
94116	95202	95391
94117	95203	95686
94118	95204	-----

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de San Mateo (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de Santa Clara (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Santa Clara (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
94002	94042	95056
94005	94043	95070
94010	94085	95071
94011	94086	95101
94014	94087	95103
94015	94088	95106
94016	94089	95108
94017	94301	95109
94018	94302	95110
94019	94303	95111
94025	94304	95112
94026	94305	95113
94027	94306	95115
94030	94309	95116
94037	95002	95117
94038	95008	95118
94044	95009	95119
94061	95011	95120
94062	95013	95121
94063	95014	95122
94064	95015	95123
94065	95020	95124
94066	95021	95125
94070	95026	95126
94080	95030	95127
94083	95031	95128
94128	95032	95129
94401	95035	95130
94402	95036	95131
94403	95037	95132
94404	95038	95133
94497	95042	95134
Condado de Santa Clara (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	95044	95135
94022	95046	95136
94023	95050	95138
94024	95051	95139
94035	95052	95140
94039	95053	95141
94040	95054	95148
94041	95055	95150

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Santa Clara (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Santa Cruz (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Stanislaus (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
95151	95064	95382
95152	95065	95386
95153	95066	95387
95154	95067	95397
95155	95073	Condado de Tulare (solo los Códigos Postales que figuran aquí)
95156	95076	93219
95157	95077	93256
95158	Condado de Solano (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	93260
95159	94503	Condado de Ventura (solo los Códigos Postales que figuran aquí)
95160	94510	91319
95161	94589	91320
95164	94592	91358
95170	95620	91359
95172	Condado de Stanislaus (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	91360
95173	95307	91361
95190	95313	91362
95191	95316	91377
95192	95319	93010
95193	95323	93011
95194	95326	93012
95196	95328	93015
Condado de Santa Cruz (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	95329	93016
95001	95350	93020
95003	95351	93021
95005	95352	93040
95006	95353	93062
95007	95354	93063
95010	95355	93064
95017	95356	93065
95018	95357	93066
95019	95358	93094
95033	95361	93099
95041	95363	-----
95060	95367	-----
95061	95368	-----
95062	95380	-----
95063	95381	-----

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

TABLA DEL ÁREA DE SERVICIO DE TRIO ACO HMO

El Área de Servicio de Trio ACO HMO está conformada solamente por los condados y los Códigos Postales de dichos condados, que figuran en la siguiente tabla. Nota: el Área de Servicio de Trio ACO HMO puede estar sujeta a cambios. Para verificar la información del Área de Servicio, puede ingresar al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com>, o llamar al Servicio para Clientes al número de teléfono que figura al dorso de este folleto.

Condado de Yolo (solo los Códigos Postales que figuran aquí)	Condado de Yolo (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>	Condado de Yolo (solo los Códigos Postales que figuran aquí) <i>continuación</i>
95605	95627	95697
95606	95637	95698
95607	95645	95776
95612	95653	95798
95616	95691	95799
95617	95694	95937
95618	95695	-----

Para inscribirse en este Plan y tener derecho a la cobertura que ofrece, usted y los Dependientes que están a su cargo y cumplen con los requisitos deben vivir o trabajar en el Área de Servicio.

Notas

