



Planes de salud Trio HMO

individuales y familiares



Desde
1/24

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

Planes Trio HMO de Blue Shield of California

Los proveedores que necesita, a su alcance

Nuestros planes Trio HMO están diseñados para reducir sus costos y brindarle acceso a una excelente red de médicos y hospitales locales, que incluyen Dignity Health, Hoag Memorial, Good Samaritan, John Muir, Loma Linda, Providence, Scripps, St. Joseph, St. Jude y UC San Francisco, entre otros, por una tarifa mensual generalmente más baja que la de la mayoría de los planes PPO.

Trio HMO mantiene las primas a un bajo costo trabajando con proveedores comprometidos con resultados de calidad y ayudando a los miembros a entender su cobertura y el sistema de atención de la salud. Elija un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red Trio ACO HMO para que le ayude a obtener la atención que necesita. Para buscar médicos y hospitales de Trio HMO en su área, visite [blueshieldca.com/networkifphmo](https://www.blueshieldca.com/networkifphmo).

¿Dónde están disponibles los planes Trio HMO?

Los planes Trio HMO se ofrecen en 28 condados de California. Para saber si los planes Trio HMO están disponibles en su área, visite [blueshieldca.com/triocheck](https://www.blueshieldca.com/triocheck) o comuníquese con su corredor de seguros.

Shield Concierge: una llamada, muchos expertos

Ya sea que necesite encontrar un PCP, obtener un medicamento recetado, hacer alguna pregunta sobre su factura o recibir asesoramiento sobre la salud, una llamada a Shield Concierge puede ayudar. Shield Concierge es un grupo de expertos que trabajan en equipo para usted. Su equipo de Shield Concierge incluye:

- Representantes de servicio al cliente
- Profesionales de enfermería registrados
- Farmacéuticos
- Técnicos farmacéuticos
- Asesores de salud
- Trabajadores sociales

Tiene cobertura mientras está de viaje

Ya sea que viaje por negocios o por placer, todos los planes HMO de Blue Shield incluyen los programas BlueCard® y Blue Shield Global Core, que le brindan acceso a servicios de atención urgente y de emergencia en los Estados Unidos y cuando viaja al exterior.

Sus opciones de planes

Tenemos varios planes de salud Trio HMO entre los que puede elegir. Para elegir el plan indicado para usted, fíjese cuál es la mejor combinación entre las primas mensuales y el costo de la atención. Por lo general, cuanto más alta es su prima mensual, menos paga de su bolsillo cuando recibe atención; y cuanto más baja es su prima mensual, más paga de su bolsillo cuando recibe atención.

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



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

Platinum

90

Gold

80

Planes Platinum y Gold

Los planes Platinum y Gold tienen las primas mensuales más altas, pero no tienen deducible y tienen copagos más bajos que la mayoría de los planes de Blue Shield. Estos planes son una excelente opción si piensa que necesitará atención con más frecuencia.

Silver

70

Planes Silver

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

Silver

94

Silver

87

También ofrecemos tres planes Silver de reducción de costos compartidos a través de Covered California, que ofrecen cantidades máximas de gastos de bolsillo, deducibles y copagos más bajos para los miembros que cumplen con algunos requisitos de ingresos y con otros criterios:

Silver

73

- Blue Shield Silver 94 Trio HMO
- Blue Shield Silver 87 Trio HMO
- Blue Shield Silver 73 Trio HMO

Bronze

7500

Plan Bronze

Este plan ofrece la prima mensual más baja, pero tiene los costos más altos cuando recibe atención. Es una buena opción si casi nunca va al médico y quiere asegurarse de tener cobertura en el caso de que tenga algún problema de salud.

Hable con un médico en cualquier momento y desde cualquier lugar

Teladoc brinda acceso las 24 horas, todos los días del año, a una red de médicos, pediatras y profesionales de la salud mental certificados por la junta de los Estados Unidos que pueden responder consultas sobre varios problemas médicos y de salud mental, así como recetar algunos medicamentos a través de consultas por teléfono o videoconferencia. No hay copagos para este servicio, y está disponible antes de alcanzar el deducible médico.

Ayuda financiera

Es posible que usted sea elegible para pedir ayuda financiera del Gobierno para pagar las primas mensuales de cualquier plan Trio HMO de Blue Shield que se ofrezca a través de Covered California. Visite [blueshieldca.com/asistencia](https://www.blueshieldca.com/asistencia) para saber si es elegible o comuníquese con su corredor de seguros o con Blue Shield si necesita ayuda con el proceso de elegibilidad.



Vea la página 5 para encontrar definiciones útiles de términos médicos importantes.

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de deducibles, copagos y coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Los beneficios de los planes solo están disponibles cuando se usan proveedores de la red Trio ACO HMO. Los servicios de los proveedores que no forman parte de su grupo médico no están cubiertos, excepto en casos de atención urgente, de emergencia y de seguimiento.

Para ver todos los detalles de los planes, visite blueshieldca.com/policies.

Usted debe pagar todos los cargos hasta la cantidad de los cargos permitidos, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica en el cuadro. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Trio ACO HMO.

 = El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.

 = El beneficio está sujeto a un deducible.

	Blue Shield Platinum 90 Trio HMO	Blue Shield Gold 80 Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO	Blue Shield Silver 70 Trio HMO
Plan disponible a través de:	Blue Shield y Covered California	Blue Shield y Covered California	Solo Blue Shield	Solo Covered California
Beneficio	Con los proveedores participantes, los miembros pagan:¹			
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$15	\$35	\$50	\$50
Visita al consultorio de un especialista	\$30	\$65	\$90	\$90
Visita de atención urgente	\$15	\$35	\$50	\$50
Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)	\$7	\$15	\$19	\$19
Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)	\$16	\$60	\$60	\$60
Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)	\$25	\$85	\$90 ²	\$90 ²
Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)	10 % (hasta \$250 por receta)	20 % (hasta \$250 por receta)	20 % (hasta \$250 por receta) ²	20 % (hasta \$250 por receta) ²
Laboratorio	\$15	\$40	\$50	\$50
Radiografías	\$30	\$75	\$95	\$95
Hospitalización como paciente internado	\$225 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)	\$330 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)	30 %	30 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$75	\$130	30 %	30 %
Servicios de la sala de emergencias que no terminen en admisión hospitalaria	\$150	\$350	\$450	\$450
Ambulancia	\$150	\$250	\$255	\$250
Maternidad; parto (en un hospital)	\$225 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)	\$330 por día (hasta 5 días por admisión hospitalaria)	30 %	30 %
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Quiropráctica (por parte de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Acupuntura (por parte de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)	\$15	\$35	\$50	\$50
Deducible médico por año calendario ⁴	\$0	\$0	\$5,400 por persona/ \$10,800 por familia	\$5,400 por persona/ \$10,800 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible)	\$4,500 por persona/ \$9,000 por familia	\$8,700 por persona/ \$17,400 por familia	\$9,100 por persona/ \$18,200 por familia	\$9,100 por persona/ \$18,200 por familia
Deducible de farmacias por año calendario ⁴	\$0	\$0	\$150 por persona/ \$300 por familia	\$150 por persona/ \$300 por familia

Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para ver una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés). Además, puede ver nuestros formularios llamados *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC, por sus siglas en inglés) que ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios de los planes y lo que usted debe pagar cuando obtiene los servicios. Las EOC y los formularios SBC de los planes están disponibles en blueshieldca.com/policies o llamando al (888) 256-3650.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite coveredca.com/espanol para obtener más información.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de las cantidades de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan las cantidades de los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.

³ Sujeto al deducible médico por año calendario.

⁴ La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual, o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.

En este cuadro, se brindan detalles sobre las cantidades de deducibles, copagos y coseguros de los planes para los servicios comunes cuando se usan proveedores de la red. Los beneficios de los planes solo están disponibles cuando se usan proveedores de la red Trio ACO HMO. Los servicios de los proveedores que no forman parte de su grupo médico no están cubiertos, excepto en casos de atención urgente, de emergencia y de seguimiento.

Para ver todos los detalles de los planes, visite blueshieldca.com/policies. Usted debe pagar todos los cargos hasta la cantidad de los cargos permitidos, hasta alcanzar el deducible (si corresponde). A partir de ese momento, deberá pagar el copago o coseguro que se indica en el cuadro. Cuando alcance la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan, Blue Shield pagará el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red Trio ACO HMO.

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

	Blue Shield Silver 94 Trio HMO	Blue Shield Silver 87 Trio HMO	Blue Shield Silver 73 Trio HMO	Blue Shield Bronze 7500 Trio HMO
Plan disponible a través de:	Solo Covered California	Solo Covered California	Solo Covered California	Solo Blue Shield
Beneficio	Con los proveedores participantes, los miembros pagan: ¹			
Beneficios de salud preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$5	\$15	\$35	\$70
Visita al consultorio de un especialista	\$8	\$25	\$85	\$80
Visita de atención urgente	\$5	\$15	\$35	\$70
Medicamentos del Nivel 1 (suministro de hasta 30 días)	\$3	\$5	\$15	\$25
Medicamentos del Nivel 2 (suministro de hasta 30 días)	\$10	\$25	\$55	\$115 ³
Medicamentos del Nivel 3 (suministro de hasta 30 días)	\$15	\$45	\$85	\$160 ³
Medicamentos del Nivel 4 (suministro de hasta 30 días)	10 % (hasta \$150 por receta)	15 % (hasta \$150 por receta)	20 % (hasta \$250 por receta)	50 % (hasta \$500) ³
Laboratorio	\$8	\$20	\$50	\$65
Radiografías	\$8	\$40	\$95	\$115
Hospitalización como paciente internado	10 %	20 %	30 %	50 %
Cirugía para pacientes ambulatorios	10 %	20 %	30 %	50 %
Servicios de la sala de emergencias que no terminen en admisión hospitalaria	\$50	\$150	\$350	50 %
Ambulancia	\$30	\$75	\$250	50 %
Maternidad; parto (en un hospital)	10 %	20 %	30 %	50 %
Examen dental para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista para niños	\$0	\$0	\$0	\$0
Anteojos para niños	1 par por año	1 par por año	1 par por año	1 par por año
Quiropráctica (por parte de un quiropráctico de la red de American Specialty Health Plans)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	\$20 (hasta 12 visitas por año)
Acupuntura (por parte de un acupuntor de la red de American Specialty Health Plans)	\$5	\$15	\$35	\$50
Deducible médico por año calendario ⁴	\$0	\$0	\$0	\$7,500 por persona/ \$15,000 por familia
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible)	\$1,150 por persona/ \$2,300 por familia	\$3,000 por persona/ \$6,000 por familia	\$6,100 por persona/ \$12,200 por familia	\$9,100 por persona/ \$18,200 por familia
Deducible de farmacias por año calendario ⁴	\$0	\$0	\$0	Incluido en el deducible médico

Esto no es un contrato. Todas las descripciones de los beneficios brindan información general sobre los beneficios de los planes. Para ver una descripción detallada de los beneficios y las exclusiones de los planes, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés). Además, puede ver nuestros formularios llamados *Resumen de Beneficios y Cobertura* (SBC, por sus siglas en inglés) que ofrecen información general fácil de entender sobre los beneficios de los planes y lo que usted debe pagar cuando obtiene los servicios. Las EOC y los formularios SBC de los planes están disponibles en blueshieldca.com/policies o llamando al (888) 256-3650.

También ofrecemos planes especiales para descendientes de indígenas estadounidenses y habitantes originarios de Alaska. Visite coveredca.com/espanol para obtener más información.

- Las cantidades que se indican son un porcentaje de las cantidades de los cargos permitidos. Los proveedores de la red aceptan las cantidades de los cargos permitidos de Blue Shield como pago total por los servicios cubiertos.
- Todos los medicamentos recetados están sujetos al deducible de farmacias por año calendario.

³ Sujeto al deducible médico por año calendario.

⁴ La cobertura familiar tiene un deducible individual dentro del deducible familiar. En el plan familiar, Blue Shield pagará los beneficios de un miembro individual cuando ese miembro alcance la cantidad del deducible individual. Blue Shield pagará los beneficios de todos los miembros cubiertos de la familia cuando se alcance el deducible familiar. El deducible familiar se puede alcanzar cuando dos miembros de la familia alcancen su propio deducible individual, o cuando las contribuciones combinadas de los deducibles de tres o más miembros alcancen el límite del deducible familiar.

Definiciones

-  **Beneficios (servicios cubiertos):** Los servicios y suministros médicamente necesarios que están cubiertos por el plan de salud.
-  **Cantidad máxima de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima combinada de deducibles, copagos y coseguros que una persona o una familia deben pagar por año por todos los servicios cubiertos.
-  **Cargos permitidos:** La cantidad en dólares que Blue Shield usa para determinar el pago por los servicios cubiertos.
-  **Copago:** La cantidad fija en dólares que el miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible que corresponda por año calendario.
-  **Coseguro:** El porcentaje que el miembro paga por los beneficios después de alcanzar cualquier deducible por año calendario.
-  **Costo compartido:** Los costos por los servicios de atención de la salud que se comparten entre Blue Shield y el miembro.
-  **Deducible:** La cantidad que el miembro paga por año calendario por la mayoría de los servicios cubiertos antes de que Blue Shield empiece a pagar. Algunos servicios cubiertos, como la atención preventiva, están cubiertos antes de que el miembro alcance el deducible por año calendario.
-  **Formulario:** La lista de medicamentos que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y que han sido seleccionados por su seguridad, eficacia y costo.
-  **HMO:** Las siglas en inglés de "organización para el mantenimiento de la salud", que es un tipo de plan de salud en el que el miembro recibe atención de un médico de atención primaria que le ayuda a coordinar su atención y le refiere a otros proveedores de atención de la salud de la red del plan.
-  **Médico de atención primaria:** El médico que ayuda a coordinar la atención del miembro y le refiere a otros proveedores de atención de la salud de la red de su plan.
-  **Nivel 1:** La mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 2:** Los medicamentos genéricos no preferidos, los medicamentos de marca preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su seguridad, eficacia y costo, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 3:** Los medicamentos de marca no preferidos; los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su seguridad, eficacia y costo; o los medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, con frecuencia, más económica en un nivel inferior, incluidos en el *Formulario de Medicamentos Estándar de Blue Shield*.
-  **Nivel 4:** Los medicamentos biológicos; los medicamentos que, a pedido de la FDA o del fabricante, deben distribuirse a través de las farmacias especializadas; los medicamentos de autoadministración para los que se necesita entrenamiento o control clínico; o los medicamentos con un costo de plan (valor neto después de los descuentos) superior a \$600 por un suministro de un mes.
-  **Prima:** La cantidad que usted paga todos los meses a Blue Shield por su cobertura de salud.
-  **Proveedores participantes o de la red:** Los proveedores (incluyen los médicos y hospitales) que han aceptado, mediante un contrato con Blue Shield, brindar servicios cubiertos a los miembros de un determinado plan de salud. Los proveedores de la red son los que han aceptado la tarifa contratada de Blue Shield por los servicios cubiertos.

¿Tiene preguntas, necesita una cotización o desea inscribirse?



Visite blueshieldca.com/es o hable con su corredor de seguros.

Su corredor de seguros puede ayudarle para que pida un plan de Blue Shield a través de Blue Shield o de Covered California (coveredca.com/espanol), que es el mercado de planes de salud de California.

Si los planes Trio HMO no están disponibles en su área, ofrecemos planes PPO en todo el estado de California. Para obtener más información sobre nuestros planes PPO, pídale a su corredor de seguros la versión PPO de este folleto o visite blueshieldca.com/es.

También ofrecemos planes dentales, de la vista* y de seguro de vida*, que se pueden comprar por separado o junto con un plan de salud. Pídale más información a su corredor de seguros o visite blueshieldca.com/ifp2024.



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

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

A12179-HMO-OL-SP_0124