

Servicios adicionales

Blue Shield ofrece una amplia gama de servicios de valor añadido para ayudar a nuestros miembros a tomar decisiones bien informadas y controlar con mayor eficacia los beneficios de su plan médico. El programa *Lifepath Advisers*SM proporciona asistencia las 24 horas del día sobre temas profesionales y personales mediante un solo número telefónico de llamadas gratuitas que lo conecta a un profesional de enfermería diplomado o a un consejero al nivel de maestría. Por medio de nuestro innovador sitio Web, los miembros tienen acceso a recursos tales como Nurse Chat (Pláticas con personal de enfermería) para obtener ayuda acerca de asuntos médicos, Pharmacy (Farmacia) para comparar los costos de los medicamentos genéricos contra los costos de los medicamentos de marca y *Lifepath Decision Guide*SM (Guía para decisiones *Lifepath*) para obtener datos sobre las distintas opciones de tratamiento para una afección diagnosticada.

¡Visite el sitio mylifepath.com, donde obtendrá más información sobre éstos y otros servicios de gran valor a disposición de los miembros de Blue Shield!

Nuestro sitio Web brinda recursos valiosos que sirven para realzar su bienestar.

Visite hoy mismo el sitio mylifepath.com.

Seguro Médico a Corto Plazo†

Plan médico a corto plazo de Blue Shield Life Opción Uno

(hay disponibles tarifas especiales para estudiantes)

Elegida frecuentemente por personas que necesitan una cobertura provisional durante un plazo de tiempo específico. La Opción Uno es la solución ideal para un estudiante que acaba de graduarse de la universidad o que está tomando un descanso, para una persona en un puesto nuevo que está esperando que empiece el seguro médico grupal o para una persona que acaba de perder su cobertura grupal. Está disponible por plazos desde 30 – 185 días con un solo pago.

Plan médico a corto plazo de Blue Shield Life Opción Doce

Elegida frecuentemente por las personas que necesitan cobertura provisional durante un plazo de tiempo más extenso (hasta 12 meses). La Opción Doce ofrece la flexibilidad de una cobertura inmediata con pagos que puede hacer de mes a mes hasta durante un año. Considere la Opción Doce cuando está en transición entre planes médicos a largo plazo y no está seguro por cuánto tiempo necesitará la cobertura.

Ambos planes ofrecen lo siguiente:

- Opción de un deducible anual de \$250, \$500, \$1,000, \$1,500 ó \$2,000.
- Cobertura que empieza el día siguiente de ser aprobada su solicitud o en una fecha seleccionada con vigencia futura
- Cobertura valiosa para medicamentos recetados después de que cumpla con su deducible
- Elección de médicos de la Red de Blue Shield Life
- Cobertura mundial cuando viaja fuera de California
- Cobertura del 80 por ciento de la cantidad permitida de los primeros \$5,000 para los servicios cubiertos, y del 100% de la cantidad permitida para los servicios cubiertos que excedan los \$5,000, después de que haya cumplido con su deducible
- La seguridad de un beneficio máximo de \$2 millones por término de póliza
- Seguro automático de \$50,000 por muerte y amputación accidental

Cobertura Dental



Cubra la salud dental de su familia con un plan dental económico de Blue Shield.

PPO Dental de Blue Shield		HMO Dental de Blue Shield	
Usted tiene la libertad de elegir cualquier proveedor dental; sin embargo, sus costos de desembolso para los servicios cubiertos son más bajos cuando recibe la atención a través de los dentistas participantes.		Usted tiene la libertad de escoger un establecimiento de atención dental de nuestra lista de Centros Dentales de la HMO Dental de Blue Shield, y toda la atención dental de su familia será brindada o coordinada por medio de dicho centro.	
Tarifa mensual individual	\$34	Tarifa mensual individual	\$16
Tarifa mensual para dos personas	\$65	Tarifa mensual para dos personas	\$30
Tarifa mensual por familia	\$101	Tarifa mensual por familia	\$50
Características del Plan:		Características del Plan:	
<ul style="list-style-type: none"> • Una red extensa de dentistas de atención general y especializada • Copagos fijos dentro de la red, pagos de reembolso máximo fuera de la red • Un deducible por año civil de \$50 por miembro • Una amplia gama de beneficios dentales • Cobertura cuando se usan los dentistas fuera de la red • Máximo de beneficios por año civil de \$1,000 por miembro • No hay un plazo de espera para los servicios preventivos o de diagnóstico 		<ul style="list-style-type: none"> • Una red extensa de dentistas de atención general y especializada • No hay un máximo por año civil • Copagos fijos y ningún deducible • Una amplia gama de beneficios dentales • Atención especializada disponible con la remisión de su centro dental • No hay un plazo de espera para ningún tipo de servicio, aparte de la ortodoncia • No hay formularios de reclamación 	

Las tarifas entran en vigencia el 1° de julio de 2004, y están sujetas a cambios.

Seguro Temporal de Vida

Proteja a su familia cuando más lo necesita. Ya sea para contribuir hacia los pagos de la hipoteca, para la educación de un hijo o para brindar respaldo financiero durante tiempos de incertidumbre, Blue Shield Life puede ser de ayuda. Sólo tiene que completar la sección del seguro de vida de su solicitud para la cobertura médica y se le considerará para esta cobertura basándose en la información que ya está proporcionando. Hasta combinaremos la factura por su cobertura del seguro de vida y de la salud en un solo y sencillo estado de cuenta.

Tarifas mensuales del Seguro Temporal de Vida Individual de Blue Shield Life

Disponible juntamente con cualquier plan de salud individual o de familia de Blue Shield

Edad	\$10,000	\$30,000	\$60,000*	\$90,000*
1-18*	\$1.95	\$2.95	N/C	N/C
19-29	\$2.75	\$5.35	\$9.25	\$13.15
30-39	\$3.05	\$6.25	\$11.05	\$15.85
40-49	\$5.85	\$14.65	\$27.85	\$41.05
50-59	\$13.85	\$38.65	\$75.85	\$113.05**
60-64	\$20.45	\$58.45	\$115.45	\$172.45**

*Las personas menores de 19 años no califican para las sumas de \$60,000 y \$90,000.

**La suma de \$90,000 no está disponible para ventas nuevas a aquellas personas de 50 años de edad o mayores, pero los clientes ya en vigencia que cumplen 50 años califican para mantener la cobertura hasta cumplir los 65 años.

Las tarifas entran en vigencia el 1° de enero de 2004, y están sujetas a cambios.

proteja
a su familia

† Favor de observar: El seguro de salud individual a corto plazo, el seguro temporal de vida, el Plan PPO Shield Spectrum 5000 y el Plan Active Choice 600 están asegurados por la Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.



Blue Shield
of California

Un Miembro Independiente
de la Asociación Blue Shield

Vistazo de los planes de salud de Blue Shield

Explore sus opciones

Cuadro de comparación de planes

Tome los pasos iniciales hacia la protección personal y de su familia con una cobertura de atención de la salud. Use este cuadro para comparar nuestros distintos planes médicos y determinar cuál le conviene más a usted.

OPCIONES PARA SU PLAN DE SALUD	Planes PPO							Plan HMO
	¡NUEVO! Plan Active Choice SM 600*†	¡NUEVO! Plan PPO SM Shield Spectrum 5000	Plan PPO SM Shield Spectrum de Ahorros 2400 (4800 Familia)	Plan PPO SM Shield Spectrum 2000	Plan PPO SM Shield Spectrum 1500	Plan PPO SM Shield Spectrum 750	Plan PPO SM Shield Spectrum 500	Plan HMO SM Access+
Este plan puede convenirle si usted desea:	Cobertura económica con una selección amplia de proveedores; crédito anual de \$600 (\$1,200 familia) por adelantado para usar para los servicios cubiertos, incluso la atención de acupuntura y quiropráctica.	Cobertura a bajo costo para eventos de costo alto con la seguridad adicional de la Critical Condition Protection SM (Protección de Afecciones Críticas, CCP)—un pago de \$10,000 si, como miembro, recibe un diagnóstico indicando que padece de una afección crítica conforme lo define el plan.	Cobertura económica para los eventos de costo alto; el deducible anual se aplica a su pago de desembolso máximo; posibles ahorros de impuestos con la opción HSA.	Elección de deducible anual: cuanto más alto el deducible, más bajas son las cuotas mensuales del plan. Libertad de elegir sus propios proveedores cada vez que acuda a recibir atención. Cobertura de atención preventiva antes de tener que cumplir con el deducible del plan.			Muchos servicios cubiertos inmediatamente por un copago fijo; casi no se exigen los formularios de reclamación; costos de desembolso previsible durante el año.	
Deducible médico anual	No hay deducible individual No hay deducible para familias	\$5,000 Individual \$10,000 Familia	\$2,400 Individual \$4,800 Familia [#]	\$2,000 Individual \$4,000 Familia	\$1,500 Individual \$3,000 Familia	\$750 Individual \$1,500 Familia	\$500 Individual \$1,000 Familia	\$1,500 Individual ¹ \$3,000 Familia ¹
Costo total de desembolso por año civil con proveedores preferidos (incluye el deducible del plan) ³	Copago máximo de \$3,500 (\$7,000 Familia)	Copago máximo de \$7,000 (\$14,000 Familia) Nota: Deducible anual se aplica al Copago Máximo.	Costo de desembolso de \$3,200 (\$5,800 Familia)	Copago Máximo de \$5,000 (\$10,000 Familia) + Deducible de \$2,000 (\$4,000 Familia) = Costo de desembolso de \$7,000 (\$14,000 Familia)	Copago Máximo de \$4,500 (\$9,000 Familia) + Deducible de \$1,500 (\$3,000 Familia) = Costo de desembolso de \$6,000 (\$12,000 Familia)	Copago Máximo de \$4,000 (\$8,000 Familia) + Deducible de \$750 (\$1,500 Familia) = Costo de desembolso de \$4,750 (\$9,500 Familia)	Copago Máximo de \$3,500 (\$7,000 Familia) + Deducible de \$500 (\$1,000 Familia) = Costo de desembolso de \$4,000 (\$8,000 Familia)	Costo de desembolso de \$3,000 (\$6,000 Familia)
TODOS LOS COPAGOS/COSEGUROS QUE APARECEN SEGUIDAMENTE SON RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO								
Atención preventiva								
Revisión física anual, atención para el bienestar del bebé, examen ginecológico, (incluye prueba Pap u otras pruebas aprobadas para la detección del cáncer del cuello uterino, mamografías de rutina e inmunizaciones)	\$20 ¹	\$35	\$35	\$45	\$40	\$35	\$30	Sin cargo
Servicios profesionales								
Visitas al consultorio del médico	100% (después de agotado el crédito de \$600). Se aplica a los servicios profesionales, de la sala de emergencias y para pacientes ambulatorios	100% (hasta que se cumpla con el deducible, luego un copago de \$35)	30%	\$45	\$40	\$35	\$30	\$10
Hospitalarios para pacientes internados (no de emergencia)		30%	30%	30%	30%	30%	25%	Sin cargo
Servicios por maternidad (que culminen en un parto)		30%	30%	30%	30%	30%	25%	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (no de emergencia)								
Cirugía	100% (después de agotado el crédito de \$600). Se aplica a los servicios profesionales, de la sala de emergencias y para pacientes ambulatorios	30%	30%	30%	30%	30%	25%	\$150/visita
Tratamiento/procedimiento		30%	30%	30%	30%	30%	25%	\$25/visita
Radiografías y laboratorio		30%	30%	30%	30%	30%	25%	Sin cargo
Servicios de la sala de emergencias								
Visitas a la sala de emergencias	100% (después de agotado el crédito de \$600). Se aplica a los servicios profesionales, de la sala de emergencias y para pacientes ambulatorios	30%	\$75 luego el 30% ⁴	30%	30%	30%	25%	\$50/visita ⁴
Ambulancia		30%	30%	30%	30%	30%	25%	\$50/viaje
Visitas/consultas de los médicos de la sala de emergencias		30%	30%	30%	30%	30%	25%	Sin cargo
Beneficios de recetas								
Plan Active Choice 600, Planes PPO 2000-5000: Los medicamentos de marca están sujetos a un deducible de medicamentos de marca de \$250 por año civil. Plan PPO 500: Los medicamentos de marca están sujetos a un deducible de medicamentos de marca de \$500 por año civil. Plan HMO Access+: Los medicamentos de marca están sujetos a un deducible de medicamentos de marca de \$150 por año civil.								
Genéricos	\$12/Rx	\$10/Rx		\$10/Rx	\$7/Rx	\$10/Rx	\$7/Rx	\$10
Medicamentos de marca del formulario	\$30/Rx	\$30 + 10% (\$60 máx/Rx)		\$30 + 10% (\$60 máx/Rx)	\$25 + 10% (\$60 máx/Rx)	\$30/Rx	\$25/Rx	\$30
Medicamentos de marca no del formulario	\$45 ó el 50% (la cantidad que sea mayor)/Rx	\$45 ó el 50% (la cantidad que sea mayor)/Rx	El 30% en cualquier farmacia después de cumplir con el deducible	\$45 + 10% (\$100 máx/Rx)	\$45 + 10% (\$100 máx/Rx)	\$45 + 10% (\$100 máx/Rx)	\$45 + 10% (\$100 máx/Rx)	No está cubierto (excepto con una autorización previa)
Medicamentos inyectables para la autoadministración en el hogar	30%	30%		30%	30%	30%	30%	20% (\$100 máx/Rx)

Este cuadro muestra las cantidades de copago/coseguro que usted pagará por los servicios que reciba sólo de los Hospitales Selectos.

Favor de observar: Los beneficios que aparecen en las casillas sombreadas se brindan inmediatamente, antes de que usted tenga que cumplir con cualquier deducible del plan. Todos los demás copagos/coseguros se aplican después de que usted haya cumplido con su deducible.

[#] Ninguna persona calificará para los beneficios hasta después de que se haya cumplido con el deducible por familia.

* Una vez que se ha usado el crédito de \$600, el miembro tiene la responsabilidad de pagar el 100 por ciento de la cantidad permitida por los servicios cubiertos recibidos de los proveedores preferidos ó el 100 por ciento de los cargos facturados por los servicios cubiertos recibidos de los proveedores no preferidos hasta el copago máximo. Una vez que se haya cumplido con el copago máximo de \$3,500, entonces Blue Shield empezará a cubrir el 100 por ciento de la cantidad permitida para los servicios cubiertos. Hay restricciones por las cuales se deducen servicios del crédito de \$600 y se acumulan hacia el copago máximo de \$3,500. Si no se usa la suma de \$600 durante el primer año civil, el resto de los dólares serán añadidos al crédito de \$600 del año siguiente (con una transferencia máxima de \$600/\$1,200).

¹ Para los servicios de atención preventiva, usted hará un copago de \$20 por visita con los proveedores preferidos, antes o después de que haya cumplido con el copago máximo. Si usted acude donde un proveedor no preferido, Blue Shield no cubrirá estos servicios. Los copagos para estos servicios no cuentan hacia el copago máximo por año civil o hacia el crédito de \$600 (\$1,200 Familia).

² Sólo para el plan HMO Access+, el deducible sólo se aplica a los cargos del establecimiento por los servicios hospitalarios para los pacientes internados, servicios quirúrgicos de hospital para pacientes ambulatorios y servicios de un centro quirúrgico ambulatorio.

³ Para los planes HMO Access+, PPO Shield Spectrum de Ahorros 2400/4800 y PPO Shield Spectrum 5000: las cantidades máximas de desembolso/copago incluyen el deducible del plan. Para los planes PPO 2000-500: el copago máximo no incluye el deducible del plan. Para ciertos planes, es posible que los copagos que se hacen para algunos servicios no cuenten hacia la suma máxima del copago o del desembolso.

⁴ El copago inicial fijo en dólares para la sala de emergencias no se cobra si a usted se le ingresa directamente al hospital.

Esta información tiene el propósito de servir sólo como una comparación breve de algunos de los beneficios de varios planes de Blue Shield.

Este documento no es un contrato. Si desea obtener una descripción más completa de los beneficios, términos, condiciones y limitaciones de los planes de salud, sírvase solicitar y repasar el Resumen Combinado de Beneficios y / o la Evidencia de Cobertura / el Certificado de Seguro.