



Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Select (PPO)

Plan de medicamentos recetados Medicare Advantage
para el condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

blueshieldca.com/medicare

H4937_23_369A_001_M_SP Accepted 08302023

Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Select

Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Esta información de beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, vea la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)** en blueshieldca.com/MAPDdocuments2024 o llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466** [TTY: **711**], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web a más tardar el 15 de octubre de 2023.

Blue Shield Select incluye la cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la comodidad de tener su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield Select**, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye el condado de Alameda.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el folleto "**Medicare & You**" (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en www.medicare.gov o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, para pedir una copia. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

El **Directorio de Proveedores** de nuestro plan está en nuestro sitio web: blueshieldca.com/medicare/providerdirectory.

El **Directorio de Farmacias** de nuestro plan está en nuestro sitio web: blueshieldca.com/medpharmacy2024.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2024.

Resumen de Beneficios

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Prima mensual del plan		\$57	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible del plan de salud	\$0	\$750	Esta es la cantidad que debe pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Usted debe pagar el costo total de la mayoría de sus servicios cubiertos hasta alcanzar la cantidad del deducible. Vea la EOC del plan para obtener más detalles.
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$6,400	\$11,000 (dentro y fuera de la red combinados)	No incluye los medicamentos recetados de la Parte D. Esta es la cantidad máxima que pagaría durante el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$200 por día para los días del 1 al 7 \$0 por día para los días del 8 en adelante	30 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para cada estadía como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Servicios brindados en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios 	\$250 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$10 de copago por los servicios de observación \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día)	40 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios o por los servicios de observación \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día)	Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Es posible que necesite una autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o los servicios de observación, la cual es responsabilidad de su proveedor.
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$100 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$250 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	40 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> Médico elegido (POC, por sus siglas en inglés) Especialistas 	\$5 de copago por visita \$20 de copago por visita	40 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan 40 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan	
Atención preventiva	\$0 de copago	40 % de coseguro	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Atención de emergencia • Cobertura mundial	\$100 de copago por visita Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	\$100 de copago por visita Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago no se aplica si le admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.
Servicios urgentemente necesarios	\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias o un centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan \$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios \$100 de copago por cada visita a una sala de emergencias o un centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Estos copagos no se aplican si le admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones [MRI, CT y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés], etc.) Servicios de laboratorio Procedimientos y pruebas de diagnóstico Radiografías para pacientes ambulatorios Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer) 	<p>\$75 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20 % de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite una autorización previa para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes, la cual es responsabilidad de su proveedor.</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> Prueba de audición (cubierta por Medicare) Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare) Audífonos 	<p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p>Recibirá un reembolso de hasta \$1,000 cada dos años por los audífonos, su colocación y la prueba.</p>	<p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>Recibirá un reembolso de hasta \$1,000 cada dos años por los audífonos, su colocación y la prueba.</p>	<p>Cubre los dos oídos; los costos por los audífonos no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	\$5 de copago por visita si se los brinda su POC \$20 de copago por visita si se los brinda un especialista	40 % de coseguro después de pagar el deducible de su plan	
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)			
• Profilaxis (limpieza)	\$0 de copago	20 % de coseguro	Una limpieza cada 6 meses.
• Radiografías dentales	\$0 de copago	20 % de coseguro	Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses.
• Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago	20 % de coseguro	Una visita cada 6 meses.
• Examen bucodental	\$0 de copago	20 % de coseguro	Un examen cada 6 meses. Vea la sección "Plan dental PPO suplementario opcional" para obtener más información sobre los servicios dentales a los que puede tener acceso por una prima adicional del plan.
Servicios de la vista			
• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos	\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
• Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) y refracción	\$0 de copago	Usted recibe un reembolso de hasta \$30 por un examen cada 12 meses.	Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios de la vista (cont.)			
• Armazones para anteojos	\$0 de copago	Usted recibe un reembolso de hasta \$30 cada 24 meses por un par de armazones para anteojos.	Nuestro plan paga hasta \$250 cada 24 meses por un par de armazones para anteojos si visita un proveedor de la red.
• Lentes para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago	Usted recibe un reembolso de hasta \$35 cada 12 meses por un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño), un par de lentes progresivos O lentes de contacto.	Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño), un par de lentes progresivos O lentes de contacto (de hasta \$250) cada 12 meses si visita un proveedor de la red.
Servicios de salud mental			
• Atención de la salud mental para pacientes internados	\$1,660 de copago por estadía cubierta por Medicare para los días del 1 al 150	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa para la atención de la salud mental para pacientes internados, la cual es responsabilidad de su proveedor. Si supera el límite de 150 días, deberá pagar todos los costos. Vea la EOC del plan para obtener más información.
• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$35 de copago por visita	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$35 de copago por visita	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 \$178 de copago por día para los días del 21 al 100	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor. Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos; no necesita una hospitalización previa si visita un proveedor de la red.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla y del lenguaje 	\$25 de copago por visita \$25 de copago por visita \$25 de copago por visita	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Servicios de ambulancia	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: \$250 de copago por viaje en una sola dirección Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: 20 % de coseguro por viaje en una sola dirección	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: \$250 de copago por viaje en una sola dirección Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: 20 % de coseguro por viaje en una sola dirección	Se necesita una autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	Sin cobertura	Sin cobertura	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	0 % a 20 % de coseguro	0 % a 20 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	<p>Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.</p> <p>Es posible que los miembros deban pagar entre 0 % y 20 % de coseguro por algunos medicamentos de la Parte B de Medicare, lo cual puede cambiar cada trimestre según lo que establezcan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).</p> <p>La insulina que se obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debe superar un copago de \$35 por un suministro para un mes.</p>

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Examen físico anual	\$0 de copago	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Uno cada 12 meses.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés): Independencia y movilidad segura con AAA	\$0 de copago	Sin cobertura	Este es un beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), para el cual se debe determinar su elegibilidad. Para recibir este beneficio, debe tener al menos un problema de salud crónico calificador. Vea la EOC del plan para obtener más detalles.
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides	\$0 de copago	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.
Atención de los pies (servicios de podología) (cubierta por Medicare) • Exámenes y tratamiento de los pies	\$25 de copago por visita	40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Servicios y suministros para la diabetes • Medidores de azúcar en la sangre	\$0 de copago por los medidores de azúcar en la sangre ACCU-CHEK y 20 % de coseguro por los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante	30 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa del plan para los servicios y suministros para la diabetes (incluidos los medidores de azúcar en la sangre).

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Servicios y suministros para la diabetes (cont.) <ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes 	\$0 de copago por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	40 % de coseguro por el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes y 20 % de coseguro por los servicios y suministros para la diabetes, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	Vea la EOC del plan para obtener más información.
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 	20 % de coseguro	30 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa del plan. Vea la EOC del plan para obtener más información.
Prótesis y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.) 	20 % de coseguro \$0 de copago	30 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan 30 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa de su médico.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debe saber
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers • NurseHelp 24/7SM (ayuda por teléfono y por Internet) 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	<p>Tiene una asignación de \$60 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.</p>	<p>Tiene una asignación de \$60 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.</p>	<p>Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir la asignación que no haya usado al trimestre siguiente. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Vea el catálogo de artículos OTC para obtener más información.</p>
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	<p>\$0 de copago por visita (límite de 12 visitas por año)</p>	<p>40 % de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan (límite de 12 visitas por año)</p>	

Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D						
Etapa 1: Etapa de deducible anual	\$0 de deducible					
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)			Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) [^]		
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}	Suministro para 100 días ^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}	Suministro para 100 días ^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago	\$5 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$5 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 de copago	\$7.50 de copago	Sin cobertura	\$20 de copago	\$60 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago	Sin cobertura	\$47 de copago	\$141 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Insulinas cubiertas ^{**}	\$35 de copago	\$100 de copago	Sin cobertura	\$35 de copago	\$105 de copago	Sin cobertura
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 de copago	\$237.50 de copago	Sin cobertura	\$100 de copago	\$300 de copago	Sin cobertura
Nivel 4: Insulinas cubiertas ^{**} preferidas	\$35 de copago	\$105 de copago	Sin cobertura	\$35 de copago	\$105 de copago	Sin cobertura
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	33 % de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura	33 % de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

^{**} Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo INS en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

[^] Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red. En algunas situaciones específicas, es posible que obtenga medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red. Vea la EOC del plan para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio.

* También se aplican los costos compartidos por suministros para 90 y 100 días si se usa la farmacia de servicio por correo de Blue Shield.

NDS Algunos medicamentos no tienen un suministro a largo plazo disponible (de hasta 90 o 100 días). Los medicamentos que no tienen disponible un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura	Cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios después de que los costos anuales totales por medicamentos que usted y Blue Shield hayan pagado alcancen los \$5,030, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$8,000.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (insulinas cubiertas) y el Nivel 4 (insulinas cubiertas) están cubiertos según los copagos que se indican arriba. Para los medicamentos de todos los demás niveles, usted paga el 25 % del precio por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25 % del precio por los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo por medicamentos en lo que va del año alcancen un total de \$8,000, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, vea el formulario del plan.
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$8,000, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. En el caso de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga los copagos correspondientes al Nivel 2 (medicamentos genéricos) que se indican en los cuadros de arriba. (Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Farmacia de servicio por correo

CVS Caremark® es nuestra farmacia de servicio por correo de la red, donde puede obtener un suministro para 90 o 100 días de medicamentos de mantenimiento a un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo por envío estándar. Vea la EOC del plan para obtener más información.

Los medicamentos del Nivel 5 están limitados a un suministro para 30 días a través del servicio por correo.

Farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido

Es posible que pague menos si visita una de nuestras farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Estas son solo algunas:

- CVS/pharmacy[†] (incluidas las farmacias CVS pharmacy de Target) **(888) 607-4287 [TTY: 711]**
- Farmacias Safeway y Vons[†] **(877) 723-3929 [TTY: 711]**
- Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco[†] **(877) 932-7948 [TTY: 711]**
- Costco[†] **(800) 955-2292 [TTY: 711]**
- Ralphs[†], Walmart[†] y muchas más

No es necesario ser miembro de Costco para usar las farmacias Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

[†] Aceptan recetas enviadas de manera electrónica (*e-prescribing*).

Plan dental PPO suplementario opcional

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Usted paga lo siguiente:

	Plan dental PPO suplementario opcional	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental suplementario opcional	\$45.00	
Deducible por año calendario (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	Usted paga \$50 antes de que empiece a tener cobertura para los servicios mayores.	
Cantidad máxima de beneficios por año calendario*	<p>\$1,500 para los servicios dentales preventivos y completos cubiertos combinados, sin importar si los brinda un dentista general participante o un especialista dental.</p> <p>De esta cantidad máxima, se puede usar hasta \$1,000 para los servicios dentales preventivos y completos cubiertos brindados por dentistas no participantes en un año calendario.</p> <p>Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de \$1,500.</p>	
Período de espera	Sin período de espera	

* Todos los servicios deben ser brindados, recetados o autorizados por su dentista de la red. Si necesita ver a un especialista, primero debe obtener una referencia de su dentista de atención primaria para recibir los servicios cubiertos de especialistas. El plan paga un máximo de \$1,000 por año calendario por los servicios cubiertos de especialistas. Usted debe pagar las cantidades que superen los \$1,000. Si se inscribió en el plan dental PPO suplementario opcional y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista.

Plan dental PPO suplementario opcional (cont.)

Blue Shield Select (PPO)
Condado de Alameda

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Plan dental PPO suplementario opcional		
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Resumen de servicios cubiertos (código ADA)[†]		
	Usted paga	Usted paga
Servicios de diagnóstico		
Examen bucodental completo (D0150)	0 % de coseguro (1 visita cada 6 meses)	20 % de coseguro (1 visita cada 6 meses)
Radiografías completas (D0210)	0 % de coseguro (1 serie cada 24 meses)	20 % de coseguro (1 serie cada 24 meses)
Atención preventiva		
Profilaxis para adultos (D1110)	0 % de coseguro (1 limpieza cada 6 meses)	20 % de coseguro (1 limpieza cada 6 meses)
Servicios de restauración		
Restauración con resina compuesta en una superficie, región anterior (D2330)	20 % de coseguro	30 % de coseguro
Corona (porcelana fundida con metal noble) (D2750)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Periodoncia		
Raspado periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante (D4341)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Endodoncia		
Tratamiento de conducto radicular anterior (D3310)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Tratamiento de molares (D3330)	50 % de coseguro	50 % de coseguro

[†] Los códigos ADA son códigos de procedimientos establecidos por la American Dental Association (Asociación Odontológica Estadounidense) para procesar e informar las reclamaciones dentales de manera eficaz.

Estamos aquí para ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Blue Shield of California es un plan PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield Select y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas registradas de la BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen la obligación de atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Atención al Cliente o vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios recibidos fuera de la red.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。