

# Planes suplementarios de Medicare de Blue Shield

Resumen de beneficios y disposiciones

Planes de beneficios A, F Extra, G, G Extra y N

Fecha de comienzo: 1 de julio de 2024

[blueshieldca.com/medicaresupplement](https://blueshieldca.com/medicaresupplement)





# Planes suplementarios de Medicare de Blue Shield of California

Tómese unos minutos para revisar la información incluida en este folleto.

Cuadro de beneficios de los planes suplementarios de Medicare .....2

## **Cuadros de comparación de los cinco planes suplementarios de Medicare de Blue Shield**

Plan A.....5

Plan F Extra .....9

Plan G ..... 17

Plan G Extra.....21

Plan N.....30

Cómo inscribirse en nuestros planes ..... 35

Condiciones de la cobertura.....39

Exclusiones y limitaciones principales de los beneficios .....42

# Cuadro de beneficios de los planes suplementarios de Medicare que se venderán desde el 1 de julio de 2024

Este cuadro muestra los beneficios que brinda cada plan suplementario de Medicare estándar. Todas las compañías de seguros deben ofrecer el plan A. Es posible que algunos planes no estén disponibles. Blue Shield ofrece los planes A, F Extra, G, G Extra y N, los cuales aparecen sombreados de color gris en el cuadro incluido a continuación.

Planes disponibles para todos los solicitantes					
Beneficios	A	B	D	G <sup>1</sup>	G Extra
Cobertura hospitalaria y coseguro de la Parte A de Medicare (hasta 365 días adicionales después de usar todos los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	✓
Sangre (primeras tres pintas)	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de la atención en un centro de cuidados para pacientes terminales de la Parte A	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro por atención en un centro de enfermería especializada			✓	✓	✓
Deducible de la Parte A de Medicare		✓	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare					
Cargos excedentes de la Parte B de Medicare				✓	✓
Emergencia en el extranjero (hasta los límites del plan)			✓	✓	✓
Programa de ejercicios físicos	✓		✓	✓	✓
Servicios de audífonos					✓
Servicios de la vista					✓
Servicios de acupuntura y quiropráctica					✓
Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (PERS, por sus siglas en inglés)					
Teladoc					✓
Artículos de venta sin receta					✓
Límite de gastos de bolsillo en 2024 <sup>2</sup>					

- 1 Los planes F y G también tienen una opción con deducible alto que exige que se pague primero un deducible del plan de \$2,800 antes de que el plan empiece a pagar. Una vez que se alcanza el deducible del plan, el plan paga el 100 % de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare; pero los planes F y G con deducible alto cuentan su pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.
- 2 Los planes K y L pagan el 100 % de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que usted alcanza el límite anual de gastos de bolsillo.
- 3 El plan N paga el 100 % del coseguro de la Parte B, excepto un copago de hasta \$20 por algunas visitas al consultorio y un copago de hasta \$50 por visitas a la sala de emergencias que no deriven en una admisión como paciente internado.

## Beneficios básicos

### Hospitalización

- Coseguro de la Parte A más cobertura durante 365 días adicionales después de que terminan los beneficios de Medicare.

### Sangre

- Primeras tres pintas de sangre cada año.

## Gastos médicos

- Coseguro de la Parte B (generalmente el 20 % de los gastos aprobados por Medicare) o copagos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Los planes K, L y N exigen que el asegurado pague una parte del coseguro de la Parte B o los copagos.

## Centros de cuidados para pacientes terminales

- Coseguro de la Parte A.

Planes disponibles para todos los solicitantes				Solo para personas elegibles por primera vez para Medicare antes de 2020 <sup>4</sup>		
K	L	M	N	C	F <sup>1</sup>	F Extra
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
50 %	75 %	✓	Se aplican copagos <sup>3</sup>	✓	✓	✓
50 %	75 %	✓	✓	✓	✓	✓
50 %	75 %	✓	✓	✓	✓	✓
50 %	75 %	✓	✓	✓	✓	✓
50 %	75 %	50 %	✓	✓	✓	✓
				✓	✓	✓
					✓	✓
		✓	✓	✓	✓	✓
			✓	✓	✓	✓
						✓
						✓
						✓
\$7,060 <sup>2</sup>	\$3,530 <sup>2</sup>					

4 El plan F Extra solo está disponible para los solicitantes que cumplieron 65 años antes del 1 de enero de 2020 o que pasaron a ser elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE

Use este resumen para comparar los beneficios y los cargos de cada póliza.

## INFORMACIÓN SOBRE CARGOS PREPAGADOS O PERIÓDICOS

Blue Shield puede aumentar los cargos que le cobra únicamente si aumenta los cargos de todos los contratos como el suyo que tiene en el estado. Sus cuotas aumentarán automáticamente una vez por año el 1 de julio, y la cantidad que deberá pagar se basará en la edad que tenga en esa fecha.

Si presenta una solicitud más de 60 días antes de su fecha de comienzo, las tarifas indicadas pueden cambiar.

## LEA SU PÓLIZA CON ATENCIÓN

Este documento es solo un resumen que describe los puntos más importantes de su contrato del plan suplementario de Medicare. Este no es el contrato del plan; por lo tanto, solo tendrán prioridad las disposiciones del contrato en sí. Debe leer el contrato para entender todos los derechos y obligaciones que tienen usted y Blue Shield of California.

## DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA

Si su contrato no le satisface, puede devolverlo a **Blue Shield of California, 601 12th St, Oakland, CA 94607**. Si nos envía el contrato de vuelta dentro de los 30 días de haberlo recibido, trataremos ese contrato como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos los pagos que usted haya hecho.

## REEMPLAZO DE LA PÓLIZA

Si va a reemplazar otra cobertura de salud, **NO** la cancele hasta que efectivamente haya recibido su contrato nuevo y tenga la seguridad de que quiere mantenerlo.

## AVISO

Es posible que este contrato no cubra por completo todos sus costos médicos. Ni Blue Shield of California ni sus agentes están relacionados con Medicare.

Este resumen de cobertura no incluye todos los detalles de la cobertura de Medicare. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o consulte “el manual de Medicare” para obtener más información y conocer las limitaciones que se aplican a Medicare.

## ES MUY IMPORTANTE DAR RESPUESTAS COMPLETAS

Cuando complete la solicitud para el contrato nuevo, asegúrese de contestar todas las preguntas sobre sus antecedentes médicos y de salud en forma completa y con datos verdaderos. La compañía puede cancelar su contrato y negarse a pagar cualquier reclamación si usted omite o falsifica información médica importante.

Revise con atención la solicitud antes de firmarla. Asegúrese de haber registrado toda la información correctamente.

# PLAN A

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

\* Un período de beneficios empieza el primer día en que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de salir del hospital y de no haber recibido atención especializada en ningún otro centro de atención durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*:</b> Comida y cuarto semiprivado, enfermería general, y servicios y suministros varios.			
Primeros 60 días	Todo excepto \$1,632	\$0	\$1,632 (deducible de la Parte A)
Días 61 al 90	Todo excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
Día 91 y siguientes: Mientras se usan 60 días de reserva de por vida	Todo excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se usan los días de reserva de por vida: • 365 días adicionales	\$0	100 % de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*:</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye haber estado internado durante al menos tres días y haber ingresado en un centro aprobado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber salido del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo excepto \$204 por día	\$0	Hasta \$204 por día
Día 101 y siguientes	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100 %	\$0	\$0

# PLAN A

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

#### CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen un certificado de enfermedad terminal emitido por un médico.	Todo excepto un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes internados	Copago/coseguro de Medicare	\$0
--	---	-----------------------------	-----

\*\* AVISO: Cuando se terminen sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que hubiera pagado Medicare durante 365 días adicionales como máximo, según se indica en los "Beneficios básicos" de la póliza. Durante este período, el hospital no puede facturarle el saldo por diferencias entre los cargos facturados y la cantidad que hubiera pagado Medicare.



# PLAN A

## MEDICARE (PARTE B)

### SERVICIOS MÉDICOS: POR AÑO CALENDARIO

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS: DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> , como servicios del médico, suministros y servicios quirúrgicos y médicos para pacientes ambulatorios e internados, terapia física y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.			
Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80 %	Generalmente el 20 %	\$0
Cargos excedentes de la Parte B (que superan las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO: PRUEBA PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>			
	100 %	\$0	\$0

# PLAN A

## PARTES A Y B

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100 %	\$0	\$0
Equipo médico duradero Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0

## OTROS BENEFICIOS: SIN COBERTURA DE MEDICARE

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>ACCESO BÁSICO A UN GIMNASIO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS SILVERSNEAKERS®</b>			
	\$0	100 %	\$0

# PLAN F EXTRA

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

\* Un período de beneficios empieza el primer día en que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de salir del hospital y de no haber recibido atención especializada en ningún otro centro de atención durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> : Comida y cuarto semiprivado, enfermería general, y servicios y suministros varios.			
Primeros 60 días	Todo excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
Día 91 y siguientes: Mientras se usan 60 días de reserva de por vida	Todo excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se usan los días de reserva de por vida: • 365 días adicionales	\$0	100 % de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> : Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye haber estado internado durante al menos tres días y haber ingresado en un centro aprobado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber salido del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo excepto \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Día 101 y siguientes	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100 %	\$0	\$0

# PLAN F EXTRA

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

#### CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen un certificado de enfermedad terminal emitido por un médico.	Todo excepto un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes internados	Copago/coseguro de Medicare	\$0
--	---	-----------------------------	-----

\*\* AVISO: Cuando se terminen sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que hubiera pagado Medicare durante 365 días adicionales como máximo, según se indica en los "Beneficios básicos" de la póliza. Durante este período, el hospital no puede facturarle el saldo por diferencias entre los cargos facturados y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

# PLAN F EXTRA

## MEDICARE (PARTE B)

### SERVICIOS MÉDICOS: POR AÑO CALENDARIO

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS: DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> , como servicios del médico, suministros y servicios quirúrgicos y médicos para pacientes ambulatorios e internados, terapia física y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.			
Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)	\$0
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80 %	Generalmente el 20 %	\$0
Cargos excedentes de la Parte B (que superan las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)	\$0
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO: PRUEBA PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>			
	100 %	\$0	\$0

# PLAN F EXTRA

## PARTES A Y B

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada medicamente necesarios	100 %	\$0	\$0
Equipo médico duradero Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)	\$0
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0

## OTROS BENEFICIOS: SIN COBERTURA DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJES AL EXTRANJERO: SIN COBERTURA DE MEDICARE.</b> Servicios de atención de emergencia medicamente necesarios a partir de los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20 % y cantidades superiores al máximo de por vida de \$50,000
<b>ACCESO BÁSICO A UN GIMNASIO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS SILVERSNEAKERS®</b>			
	\$0	100 %	\$0
<b>SISTEMA DE RESPUESTA DE EMERGENCIA PERSONAL (PERS):</b> Sus beneficios del PERS son brindados por Lifestation.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sistema de respuesta de emergencia personal</li> <li>• Elección de un sistema en el hogar o un dispositivo móvil con GPS/wifi y detección de caídas</li> <li>• Control mensual</li> <li>• Cargadores y cables necesarios</li> </ul>	\$0	100 %	\$0

# PLAN F EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE LA VISTA:</b> Sus beneficios de la vista son brindados por Vision Service Plan (VSP). Este beneficio ofrece una de las más amplias redes nacionales de médicos independientes que se encuentran en centros vecinales, médicos, profesionales y de venta minorista. Usted puede reducir sus costos de bolsillo si elige proveedores de la red para los servicios cubiertos. Puede encontrar los proveedores participantes por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).</p>			
Examen de la vista completo una vez cada 12 meses	\$0	<p><b>Dentro de la red:</b> 100 % después del copago de \$20</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$50</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$50</p>
Armazón para anteojos una vez cada 24 meses	\$0	<p><b>Dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$100</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$40</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$100</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$40</p>
<p>Lentes para anteojos una vez cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión simple</li> <li>• Bifocales</li> <li>• Trifocales</li> <li>• Multifocales, monofocales lenticulares o para la afaquia</li> </ul>	\$0	<p><b>Dentro de la red:</b> 100 % después del copago de \$25</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Visión simple: Asignación de hasta \$43 Bifocales: Asignación de hasta \$60 Trifocales: Asignación de hasta \$75</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación</p>

# PLAN F EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE LA VISTA:</b> Sus beneficios de la vista son brindados por Vision Service Plan (VSP). Este beneficio ofrece una de las más amplias redes nacionales de médicos independientes que se encuentran en centros vecinales, médicos, profesionales y de venta minorista. Usted puede reducir sus costos de bolsillo si elige proveedores de la red para los servicios cubiertos. Puede encontrar los proveedores participantes por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).</p>			
		Multifocales, monofocales lenticulares o para la afaquia: Asignación de hasta \$104	
<p>Lentes de contacto (en lugar de lentes para anteojos) una vez cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No optativos (médicamente necesarios): rígidos o flexibles; un par</li> <li>• Optativos (estéticos o para comodidad): rígidos; un par</li> <li>• Optativos (estéticos o para comodidad): flexibles; hasta un suministro de tres a seis meses como máximo para cada ojo según los lentes elegidos</li> </ul>	\$0	<p><b>No optativos dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$500 después del copago de \$25</p> <p><b>No optativos fuera de la red:</b> No optativos (rígidos o flexibles): Asignación de hasta \$200</p> <p><b>Optativos dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$120 después del copago de \$25</p> <p><b>Optativos fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$100</p>	<p><b>No optativos y optativos dentro de la red:</b> \$25 de copago</p> <p><b>No optativos y optativos fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación</p>



# PLAN F EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE AUDÍFONOS:</b> Sus beneficios de servicios de audífonos son brindados por EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Este beneficio está pensado para que usted use los proveedores de la red de EPIC. Podrá encontrar una lista de los proveedores participantes de EPIC en <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Si usted decide usar proveedores fuera de la red, estos servicios no estarán cubiertos. Este beneficio es independiente de las pruebas de audición de diagnóstico y los cargos relacionados que cubre Medicare.</p>			
<p>Los beneficios de audífonos anuales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de audición de rutina en persona</li> <li>• Audífono               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hasta dos audífonos entregados en persona a través de un proveedor de audífonos de la red</li> <li>○ Elección de los modelos de audífono de marca privada con tecnología Silver (nivel medio) o Gold (nivel superior)</li> <li>○ Audífono con tecnología Silver:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponible solamente en los modelos detrás de la oreja y con receptor en el oído</li> </ul> </li> <li>○ Audífono con tecnología Gold:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponible en varios modelos: en el oído, en el canal, completamente insertado en el canal, detrás de la oreja y con receptor en el oído</li> <li>– Los moldes y las impresiones estándares del oído están disponibles según sea necesario</li> </ul> </li> <li>○ Todos los niveles de tecnología incluyen lo siguiente:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Una consulta</li> <li>– Hasta tres visitas de seguimiento para colocar el audífono, hacer una consulta, revisar el dispositivo y ajustarlo sin ningún costo adicional dentro de los 12 meses después de la compra</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>100 %</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p><b>Nivel de tecnología Silver</b> \$449 por audífono</p> <p><b>Nivel de tecnología Gold</b> \$699 por audífono</p>

# PLAN F EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE AUDÍFONOS:</b> Sus beneficios de servicios de audífonos son brindados por EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Este beneficio está pensado para que usted use los proveedores de la red de EPIC. Podrá encontrar una lista de los proveedores participantes de EPIC en <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Si usted decide usar proveedores fuera de la red, estos servicios no estarán cubiertos. Este beneficio es independiente de las pruebas de audición de diagnóstico y los cargos relacionados que cubre Medicare.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estuche cargador para modelos con batería recargable o un suministro de baterías para dos años por audífono; y</li> <li>- Garantía extendida de tres años</li> </ul>			

# PLAN G

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

\* Un período de beneficios empieza el primer día en que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de salir del hospital y de no haber recibido atención especializada en ningún otro centro de atención durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*:</b> Comida y cuarto semiprivado, enfermería general, y servicios y suministros varios.			
Primeros 60 días	Todo excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
Día 91 y siguientes: Mientras se usan 60 días de reserva de por vida	Todo excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se usan los días de reserva de por vida: • 365 días adicionales	\$0	100 % de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*:</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye haber estado internado durante al menos tres días y haber ingresado en un centro aprobado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber salido del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo excepto \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Día 101 y siguientes	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100 %	\$0	\$0

# PLAN G

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

#### CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen un certificado de enfermedad terminal emitido por un médico.	Todo excepto un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes internados	Copago/coseguro de Medicare	\$0
--	---	-----------------------------	-----

\*\* AVISO: Cuando se terminen sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que hubiera pagado Medicare durante 365 días adicionales como máximo, según se indica en los "Beneficios básicos" de la póliza. Durante este período, el hospital no puede facturarle el saldo por diferencias entre los cargos facturados y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

# PLAN G

## MEDICARE (PARTE B)

### SERVICIOS MÉDICOS: POR AÑO CALENDARIO

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS: DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> , como servicios del médico, suministros y servicios quirúrgicos y médicos para pacientes ambulatorios e internados, terapia física y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.			
Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80 %	Generalmente el 20 %	\$0
Cargos excedentes de la Parte B (que superan las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO: PRUEBA PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>			
	100 %	\$0	\$0

# PLAN G

## PARTES A Y B

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100 %	\$0	\$0
Equipo médico duradero Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0

## OTROS BENEFICIOS: SIN COBERTURA DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJES AL EXTRANJERO: SIN COBERTURA DE MEDICARE.</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20 % y cantidades superiores al máximo de por vida de \$50,000
<b>ACCESO BÁSICO A UN GIMNASIO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS SILVERSNEAKERS®</b>			
	\$0	100 %	\$0

# PLAN G EXTRA

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

\* Un período de beneficios empieza el primer día en que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de salir del hospital y de no haber recibido atención especializada en ningún otro centro de atención durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*:</b> Comida y cuarto semiprivado, enfermería general, y servicios y suministros varios.			
Primeros 60 días	Todo excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
Día 91 y siguientes: Mientras se usan 60 días de reserva de por vida	Todo excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se usan los días de reserva de por vida: • 365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*:</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye haber estado internado durante al menos tres días y haber ingresado en un centro aprobado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber salido del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo excepto \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Día 101 y siguientes	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100 %	\$0	\$0

# PLAN G EXTRA

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

#### CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen un certificado de enfermedad terminal emitido por un médico.	Todo excepto un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes internados	Copago/coseguro de Medicare	\$0
--	---	-----------------------------	-----

\*\* AVISO: Cuando se terminen sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que hubiera pagado Medicare durante 365 días adicionales como máximo, según se indica en los "Beneficios básicos" de la póliza. Durante este período, el hospital no puede facturarle el saldo por diferencias entre los cargos facturados y la cantidad que hubiera pagado Medicare.



# PLAN G EXTRA

## MEDICARE (PARTE B)

### SERVICIOS MÉDICOS: POR AÑO CALENDARIO

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS: DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> , como servicios del médico, suministros y servicios quirúrgicos y médicos para pacientes ambulatorios e internados, terapia física y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.			
Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80 %	Generalmente el 20 %	\$0
Cargos excedentes de la Parte B (que superan las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100 %	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO: PRUEBA PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>			
	100 %	\$0	\$0

# PLAN G EXTRA

## PARTES A Y B

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100 %	\$0	\$0
Equipo médico duradero Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0

## OTROS BENEFICIOS: SIN COBERTURA DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJES AL EXTRANJERO: SIN COBERTURA DE MEDICARE.</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20 % y cantidades superiores al máximo de por vida de \$50,000
<b>ACCESO BÁSICO A UN GIMNASIO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS SILVERSNEAKERS®</b>			
	\$0	100 %	\$0
<b>CONSULTA A UN MÉDICO POR TELÉFONO O VIDEO POR MEDIO DE TELADOC</b>			
	\$0	\$0	\$0 por consulta

# PLAN G EXTRA

## Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

**ARTÍCULOS DE VENTA SIN RECETA POR MEDIO DE CVS:** Los artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) elegibles están disponibles por medio del Catálogo de artículos de OTC en [blueshieldca.com/medicareOTC](http://blueshieldca.com/medicareOTC). **Es posible que se apliquen limitaciones. Revise el Catálogo de artículos de OTC para obtener más información.**

Hasta dos pedidos por trimestre	\$0	Asignación de hasta \$100 por trimestre	Todos los costos que superen la asignación de \$100 por trimestre
---------------------------------	-----	---	---

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE ACUPUNTURA Y QUIROPRÁCTICA:</b> Sus beneficios de servicios de acupuntura y quiropráctica son administrados por American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Los beneficios cubiertos en este plan deben brindarlos proveedores participantes de ASH. Puede encontrar los proveedores participantes de ASH por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a> . Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).			
Hasta 20 visitas por año calendario en total para los servicios de acupuntura y quiropráctica	Sin cobertura	100 %	\$0

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA VISTA:</b> Sus beneficios de la vista son brindados por Vision Service Plan (VSP). Este beneficio ofrece una de las más amplias redes nacionales de médicos independientes que se encuentran en centros vecinales, médicos, profesionales y de venta minorista. Usted puede reducir sus costos de bolsillo si elige proveedores de la red para los servicios cubiertos. Puede encontrar los proveedores participantes por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a> . Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).			
Examen de la vista completo una vez cada 12 meses	\$0	<b>Dentro de la red:</b> 100 % después del copago de \$20 <b>Fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$50	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$50

# PLAN G EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE LA VISTA:</b> Sus beneficios de la vista son brindados por Vision Service Plan (VSP). Este beneficio ofrece una de las más amplias redes nacionales de médicos independientes que se encuentran en centros vecinales, médicos, profesionales y de venta minorista. Usted puede reducir sus costos de bolsillo si elige proveedores de la red para los servicios cubiertos. Puede encontrar los proveedores participantes por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).</p>			
Armazón para anteojos una vez cada 24 meses	\$0	<p><b>Dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$100</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$40</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$100</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación de \$40</p>
Lentes para anteojos una vez cada 12 meses <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión simple</li> <li>• Bifocales</li> <li>• Trifocales</li> <li>• Multifocales, monofocales lenticulares o para la afaquia</li> </ul>	\$0	<p><b>Dentro de la red:</b> 100 % después del copago de \$25</p> <p><b>Fuera de la red</b> Visión simple: Asignación de hasta \$43</p> <p>Bifocales: Asignación de hasta \$60</p> <p>Trifocales: Asignación de hasta \$75</p> <p>Multifocales, monofocales lenticulares o para la afaquia: Asignación de hasta \$104</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación</p>

# PLAN G EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE LA VISTA:</b> Sus beneficios de la vista son brindados por Vision Service Plan (VSP). Este beneficio ofrece una de las más amplias redes nacionales de médicos independientes que se encuentran en centros vecinales, médicos, profesionales y de venta minorista. Usted puede reducir sus costos de bolsillo si elige proveedores de la red para los servicios cubiertos. Puede encontrar los proveedores participantes por medio de un directorio en Internet en <a href="http://blueshieldca.com">blueshieldca.com</a>. Haga clic en <i>Find a doctor</i> (Buscar un médico).</p>			
<p>Lentes de contacto (en lugar de lentes para anteojos) una vez cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No optativos (medicamente necesarios): rígidos o flexibles; un par</li> <li>• Optativos (estéticos o para comodidad): rígidos; un par</li> <li>• Optativos (estéticos o para comodidad): flexibles; hasta un suministro de tres a seis meses como máximo para cada ojo según los lentes elegidos</li> </ul>	<p>\$0</p>	<p><b>No optativos dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$500 después del copago de \$25</p> <p><b>No optativos fuera de la red:</b> No optativos (rígidos o flexibles): Asignación de hasta \$200</p> <p><b>Optativos dentro de la red:</b> Asignación de hasta \$120 después del copago de \$25</p> <p><b>Optativos fuera de la red:</b> Asignación de hasta \$100</p>	<p><b>No optativos y optativos dentro de la red:</b> \$25 de copago</p> <p><b>No optativos y optativos fuera de la red:</b> Todos los costos que superen la asignación</p>

# PLAN G EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE AUDÍFONOS:</b> Sus beneficios de servicios de audífonos son brindados por EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Este beneficio está pensado para que usted use los proveedores de la red de EPIC. Podrá encontrar una lista de los proveedores participantes de EPIC en <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Si usted decide usar proveedores fuera de la red, estos servicios no estarán cubiertos. Este beneficio es independiente de las pruebas de audición de diagnóstico y los cargos relacionados que cubre Medicare.</p>			
<p>Los beneficios de audífonos anuales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de audición de rutina en persona</li> <li>• Audífono               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hasta dos audífonos entregados en persona a través de un proveedor de audífonos de la red</li> <li>○ Elección de los modelos de audífono de marca privada con tecnología Silver (nivel medio) o Gold (nivel superior)</li> <li>○ Audífono con tecnología Silver:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponible solamente en los modelos detrás de la oreja y con receptor en el oído</li> </ul> </li> <li>○ Audífono con tecnología Gold:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponible en varios modelos: en el oído, en el canal, completamente insertado en el canal, detrás de la oreja y con receptor en el oído</li> <li>– Los moldes y las impresiones estándares del oído están disponibles según sea necesario</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Todos los niveles de tecnología incluyen lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Una consulta</li> <li>– Hasta tres visitas de seguimiento para colocar el audífono, hacer una consulta, revisar el dispositivo y ajustarlo sin ningún costo adicional dentro de los 12 meses después de la compra</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>100 %</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p><b>Nivel de tecnología Silver</b> \$449 por audífono</p> <p><b>Nivel de tecnología Gold</b> \$699 por audífono</p>

# PLAN G EXTRA

Otros beneficios: sin cobertura de Medicare (continuación)

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>SERVICIOS DE AUDÍFONOS:</b> Sus beneficios de servicios de audífonos son brindados por EPIC Hearing Healthcare (EPIC). Este beneficio está pensado para que usted use los proveedores de la red de EPIC. Podrá encontrar una lista de los proveedores participantes de EPIC en <a href="https://blueshieldca.com/HearingAids">blueshieldca.com/HearingAids</a>. Si usted decide usar proveedores fuera de la red, estos servicios no estarán cubiertos. Este beneficio es independiente de las pruebas de audición de diagnóstico y los cargos relacionados que cubre Medicare.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estuche cargador para modelos con batería recargable o un suministro de baterías para dos años por audífono; y</li> <li>- Garantía extendida de tres años</li> </ul>			

# PLAN N

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

\* Un período de beneficios empieza el primer día en que usted recibe servicios como paciente internado en un hospital, y termina después de salir del hospital y de no haber recibido atención especializada en ningún otro centro de atención durante 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*:</b> Comida y cuarto semiprivado, enfermería general, y servicios y suministros varios.			
Primeros 60 días	Todo excepto \$1,632	\$1,632 (deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 al 90	Todo excepto \$408 por día	\$408 por día	\$0
Día 91 y siguientes: Mientras se usan 60 días de reserva de por vida	Todo excepto \$816 por día	\$816 por día	\$0
Una vez que se usan los días de reserva de por vida: • 365 días adicionales	\$0	100 % de los gastos elegibles de Medicare	\$0**
• Después de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*:</b> Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye haber estado internado durante al menos tres días y haber ingresado en un centro aprobado por Medicare en un plazo de 30 días después de haber salido del hospital.			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 al 100	Todo excepto \$204 por día	Hasta \$204 por día	\$0
Día 101 y siguientes	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100 %	\$0	\$0



# PLAN N

## MEDICARE (PARTE A)

### SERVICIOS HOSPITALARIOS: POR PERÍODO DE BENEFICIOS

#### CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Usted debe cumplir con los requisitos de Medicare, que incluyen un certificado de enfermedad terminal emitido por un médico.	Todo excepto un copago/coseguro muy limitado para medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo para pacientes internados	Copago/coseguro de Medicare	\$0
--	---	-----------------------------	-----

\*\* AVISO: Cuando se terminen sus beneficios hospitalarios de la Parte A de Medicare, la aseguradora tomará el lugar de Medicare y pagará la cantidad que hubiera pagado Medicare durante 365 días adicionales como máximo, según se indica en los "Beneficios básicos" de la póliza. Durante este período, el hospital no puede facturarle el saldo por diferencias entre los cargos facturados y la cantidad que hubiera pagado Medicare.

# PLAN N

## MEDICARE (PARTE B) SERVICIOS MÉDICOS: POR AÑO CALENDARIO

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS: DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> , como servicios del médico, suministros y servicios quirúrgicos y médicos para pacientes ambulatorios e internados, terapia física y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero.			
Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80 %	El saldo, excepto hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a la sala de emergencias. El copago de hasta \$50 no se cobra si el asegurado es admitido en cualquier hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de la Parte A de Medicare.	Hasta \$20 por visita al consultorio y hasta \$50 por visita a la sala de emergencias. El copago de hasta \$50 no se cobra si el asegurado es admitido en cualquier hospital y la visita de emergencia está cubierta como un gasto de la Parte A de Medicare.
Cargos excedentes de la Parte B (que superan las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO: PRUEBA PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>			
	100 %	\$0	\$0

# PLAN N

## PARTES A Y B

\* Una vez que le hayan facturado \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (marcados con un asterisco), se habrá alcanzado su deducible de la Parte B para el año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
Suministros médicos y servicios de atención especializada médicamente necesarios	100 %	\$0	\$0
Equipo médico duradero Primeros \$240 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$240 (deducible de la Parte B)
Resto de las cantidades aprobadas por Medicare	80 %	20 %	\$0

## OTROS BENEFICIOS: SIN COBERTURA DE MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJES AL EXTRANJERO: SIN COBERTURA DE MEDICARE.</b> Servicios de atención de emergencia médicamente necesarios a partir de los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos.			
Primeros \$250 cada año calendario	\$0	\$0	\$250
Resto de los cargos	\$0	80 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$50,000	20 % y cantidades superiores al máximo de por vida de \$50,000
<b>ACCESO BÁSICO A UN GIMNASIO POR MEDIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS SILVERSNEAKERS®</b>			
	\$0	100 %	\$0

**NOTA:** Las páginas anteriores son solo un resumen que describe las características más importantes de nuestros planes suplementarios de Medicare. Podrá encontrar información completa sobre las exclusiones, las limitaciones y los beneficios de los planes en nuestra *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud (Acuerdo de Servicios)* de los planes suplementarios de Medicare. El Acuerdo de Servicios será el contrato de su plan si se hace miembro de Blue Shield.

Lea el Acuerdo de Servicios en su totalidad. Usted tiene derecho a recibir una copia del Acuerdo de Servicios antes de inscribirse; se la entregaremos con gusto si la pide. Para pedir una copia, o si tiene preguntas o necesita más información, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield al **(800) 248-2341** [TTY: **711** para las personas con dificultades auditivas]. Si tiene necesidades especiales de atención de la salud, asegúrese de leer detenidamente las secciones de este resumen y del Acuerdo de Servicios que sean importantes para usted antes de pedir la cobertura.

# Cómo inscribirse en nuestros planes

Consulte la sección del formulario de inscripción de este manual.

Asegúrese de revisar con atención la información incluida en la solicitud, de guardar una copia de cada página de la solicitud para sus registros y de enviar después la solicitud original junto con su primer pago en el sobre adjunto.

Si cobramos su cheque o hacemos un cargo en su tarjeta de crédito, esto no significa que su solicitud esté aprobada. Blue Shield le devolverá su pago si no se aprueba su solicitud. Si se aprueba su solicitud, le informaremos la fecha de comienzo de su cobertura y le enviaremos una factura que indicará la fecha de vencimiento de su próximo pago.

## ¿Quiénes pueden hacer la solicitud?

### **Si usted tiene 65 años o más**

Puede pedir inscribirse en cualquier plan suplementario de Medicare de Blue Shield (A, F Extra\*, G, G Extra o N) si cumple con las siguientes condiciones:

- Vive en el estado de California.
- Está inscrito en las Partes A y B de Medicare según el Título 18 de la *Public Law* (Ley Pública) 89-97 al momento de hacer la solicitud.

\* El plan F Extra solo está disponible para los solicitantes que cumplieron 65 años o que pasaron a ser elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.

### **Si usted tiene 64 años o menos**

Quizás pueda inscribirse en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield (A, F Extra, G, G Extra o N) si cumple con las siguientes condiciones:

- Vive en el estado de California.
- Está inscrito en las Partes A y B de Medicare según el Título 18 de la *Public Law* (Ley Pública) 89-97 al momento de hacer la solicitud.
- Califica para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California según las pautas de Blue Shield.
- No tiene una enfermedad de riñones en etapa final.
- Está inscrito en las Partes A y B de Medicare según el Título 18 de la *Public Law* (Ley Pública) 89-97 al momento de hacer la solicitud.
- Califica para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield of California según las pautas de Blue Shield.
- No tiene una enfermedad de riñones en etapa final.

## Cómo calificar para la aceptación garantizada

Si usted califica para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield, no tendrá que completar una declaración sobre la salud. Si usted *no* califica para la aceptación garantizada, deberá completar una declaración sobre la salud y estará sujeto al proceso de evaluación para la aprobación del seguro.

Para calificar para la aceptación garantizada, usted debe cumplir con determinados criterios específicos como se detalla en la *Guía de Aceptación Garantizada* de Blue Shield, que se incluye en el paquete de inscripción de planes suplementarios de Medicare de Blue Shield.

Para obtener más información sobre cómo calificar para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield, comuníquese con su agente o llame a Blue Shield al **(855) 217-1539**. También puede comunicarse con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California para obtener orientación. El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro para personas mayores que viven en California. Comuníquese con el HICAP llamando gratis al **(800) 434-0222** para que le refieran a la oficina del HICAP de su localidad. El HICAP es un servicio gratis brindado por el estado de California.

## Fecha de comienzo de la cobertura

Es posible que usted reciba un aviso de aprobación o de rechazo en un plazo de aproximadamente dos semanas después de que Blue Shield reciba su solicitud. Su cobertura empezará a las 12:01 a. m. (hora del Pacífico) del día de su fecha de comienzo.

## Cómo cambiarse de otro plan a un plan suplementario de Medicare de Blue Shield

### **Si tiene un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage**

La mayoría de los planes suplementarios de Medicare duplican la cobertura que brindan los planes Medicare Advantage. La ley federal prohíbe a los planes suplementarios de Medicare que inscriban a cualquier persona que todavía esté inscrita en un plan Medicare Advantage si la cobertura suplementaria de Medicare duplicaría la cobertura brindada por el plan Medicare Advantage.

Funciona de la siguiente manera: los miembros de los planes Medicare Advantage aceptan obtener acceso a los servicios según los términos de ese plan y por medio de los proveedores que tienen un contrato con ese plan, en vez de obtener acceso a los servicios según el programa de Medicare Original. Los planes Medicare Advantage establecen un contrato con el gobierno y reciben fondos según ese contrato para brindar esa cobertura a sus miembros. Por lo tanto, los inscritos de los planes Medicare Advantage no tienen acceso a la cobertura por medio de Medicare Original.

Por lo general, los planes suplementarios de Medicare brindan cobertura

solamente para la parte de una reclamación que queda pendiente después de que Medicare Original haya pagado su parte. Usualmente, Medicare Original no paga por los servicios brindados a una persona inscrita en Medicare Advantage, entonces los planes suplementarios de Medicare tampoco pagarán por esa reclamación. Además, por lo general, Medicare Original no paga si un miembro de un plan Medicare Advantage recibe servicios fuera de la red de su plan Medicare Advantage; entonces, usualmente el miembro es responsable de pagar el costo total de esos servicios.

Si usted actualmente es miembro de un plan Medicare Advantage y desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield, o si decide inscribirse solamente en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield, le conviene elegir una de las opciones que se indican a continuación para cancelar su membresía en el plan Medicare Advantage.

**Nota importante:** Si usted también tiene pensado inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, asegúrese de hacerlo *antes* de cancelar su membresía en el plan Medicare Advantage. Durante el Período de Elección Anual, la cancelación de la membresía en su plan Medicare Advantage se considerará como su elección y es posible que tenga que esperar hasta el siguiente Período de Elección Anual para poder inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cancelará automáticamente la membresía en su plan Medicare Advantage.

Si a usted solamente le interesa hacer la solicitud para un plan suplementario de

Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare, puede elegir una de las siguientes opciones para cancelar su membresía en su plan Medicare Advantage.

**Opción 1:**

Vaya directamente a su oficina del Seguro Social y cancele su membresía allí. Si elige esta opción, pida una copia del formulario de cancelación de la membresía y envíela por correo o fax a Blue Shield (vea a continuación).

**Opción 2:**

Llame a los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), la agencia federal que administra Medicare, y pida que cancelen la membresía en su plan Medicare Advantage actual. Puede comunicarse con la agencia llamando al **1-800-MEDICARE**. Los CMS le enviarán por correo o fax la confirmación de la cancelación de su plan Medicare Advantage. Reenvíe esa confirmación de la cancelación a Blue Shield por correo o fax (vea a continuación).

**Opción 3:**

Envíe un pedido por escrito a su plan Medicare Advantage actual y pida que cancelen su membresía. Puede hacer esto de una de las siguientes maneras:

- Llame a su plan Medicare Advantage y pida que le envíen un formulario de cancelación de la membresía; después complételo y envíelo de nuevo a su plan Medicare Advantage. Guarde una copia para sus registros.
- Envíe a su plan Medicare Advantage una carta que incluya su nombre y su número de identificación de miembro para pedir la cancelación de su membresía. Guarde una copia de la carta para sus registros.

El pedido de cancelación de su

membresía se procesará el mismo mes en que se reciba; la fecha de comienzo será el primer día del mes siguiente. Su plan de salud puede confirmarnos verbalmente que usted ha cancelado la membresía en ese plan; simplemente pídale que nos llamen.

Teléfono: **(800) 248-2341**

TTY: **711**

Fax: **(844) 266-1850**

Dirección postal:

**Blue Shield of California  
P.O. Box 3008  
Lodi, CA 95241-1912**

Esto ayudará a garantizar que se haya cancelado su cobertura de Medicare Advantage actual y que su cobertura de Medicare Original, que funciona junto con la cobertura suplementaria de Medicare, esté vigente. Por esa razón, trabajaremos con usted para coordinar la fecha de comienzo de cualquier cobertura suplementaria de Medicare que aprobemos con la fecha de cancelación de su membresía en su plan Medicare Advantage actual.

Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage, se debe confirmar la fecha de cancelación de su membresía en ese plan antes de la aceptación final. Una vez que se haya aceptado su solicitud, Blue Shield establecerá una fecha de comienzo de la cobertura para su plan suplementario de Medicare.

**Si tiene otra cobertura de salud**

Las leyes estatales no permiten que Blue Shield le inscriba en un plan suplementario de Medicare si usted ya tiene cobertura, como un plan suplementario de Medicare existente o un plan grupal de un empleador, que quedaría duplicada con el nuevo plan.



Para poder garantizar que no pase esto, coordinaremos la fecha de comienzo de la cobertura de su nuevo plan suplementario de Medicare de Blue Shield para que coincida con la cancelación de la membresía en su plan de salud anterior.

En primer lugar, le informaremos que usted ha sido aceptado en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield con verificación pendiente, hasta que su otra cobertura de salud se haya cancelado. Una vez que usted haya cancelado su cobertura anterior, envíe una prueba de la cancelación para que podamos terminar su aceptación. Consulte las preguntas relacionadas con el reemplazo de la cobertura que se incluyen en la solicitud.

## Opciones de facturación

Una vez que usted se haya inscrito en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield, tiene varias opciones para pagar las cuotas del plan.

1. **AutoPay:** Pague las cuotas de su plan con el rápido y conveniente programa AutoPay de Blue Shield, mediante una transferencia electrónica automática de su cuenta corriente o cuenta de ahorros en la fecha de vencimiento de la cuota. No es necesario emitir ningún cheque ni pagar ningún franqueo. Se incluye un registro de su pago en el estado de su cuenta bancaria.  
**Recuerde que si elige esta opción, puede ahorrar \$3 por mes en sus cuotas.**

Las instrucciones de autorización de AutoPay están incluidas en la solicitud dentro de este paquete de inscripción.

2. **Facturación mensual:** Blue Shield le enviará una factura todos los meses.

Con la opción 2, la fecha de vencimiento de su pago estará indicada en la factura.

Las cuotas que usted paga o los beneficios que recibe pueden cambiar durante el año. En cualquiera de los dos casos, desde Blue Shield siempre le avisarán con una anticipación de 60 días como mínimo.

## Condiciones de la cobertura

### Cancelación de los beneficios

Blue Shield no cancelará su Acuerdo de Servicios por ninguna causa, excepto por aquellas que se describen en ese documento; por ejemplo:

1. Usted ya no está inscrito en las Partes A y B de Medicare.
2. Falta de pago de las cuotas.

Blue Shield puede cancelar su Acuerdo de Servicios por falta de pago de las cuotas requeridas.

Si se cancela el Acuerdo de Servicios porque usted no pagó las cuotas requeridas cuando debía, el plan le enviará un Aviso de Inicio del Período de Gracia y cancelará la cobertura el día después de terminado el período de gracia de 30 días. Si usted no paga las primas, el plan le enviará un aviso por escrito de la falta de pago y cancelará la cobertura inmediatamente después de que pasen 30 días de la fecha del aviso por escrito.

Usted será responsable de todas las cuotas que se acumulen mientras el Acuerdo de Servicios se mantenga vigente, incluidas aquellas que se acumulen durante este período de gracia de 30 días.

Si quiere cancelar el Acuerdo de Servicios, debe darle un aviso a Blue Shield con 30 días de anticipación. En caso de que Blue Shield tenga cuotas

del plan para cualquier período posterior a la fecha de cancelación, esas cuotas se le devolverán a usted en un plazo de 30 días. La cobertura termina a las 11:59 p. m. (hora del Pacífico) del día número 30 después de su solicitud de cancelación.

El plan no es responsable de ningún servicio recibido después de la cancelación, salvo que el suscriptor tenga una discapacidad total al momento de la cancelación. Consulte el Acuerdo de Servicios para ver una descripción de la extensión de los beneficios debido a una discapacidad.

## Cancelación

Su cobertura no puede cancelarse por ninguna razón a excepción de aquellas condiciones especificadas anteriormente en "Cancelación de los beneficios".

## Restablecimiento de los beneficios

Si recibe un "Aviso de Cancelación de la Cobertura", Blue Shield le dejará restablecer la cobertura dos veces por cada período de 12 meses consecutivos si las cantidades que se deben se pagan dentro de los 15 días después de la fecha en que se le envíe ese aviso.

Si no se reciben su pedido de restablecimiento ni el pago de todas las cantidades que se deben dentro de los 15 días requeridos, deberá llenar una solicitud y volver a pedir la cobertura. Los miembros que vuelven a pedir la cobertura luego de la cancelación pueden estar sujetos al proceso de evaluación médica para la aprobación del seguro. Llame a su corredor de seguros o a un representante de Servicio al Cliente de Blue Shield al **(800) 248-2341** para pedir una solicitud. Su cobertura empezará el día en que Blue Shield apruebe su solicitud.

## Disposición sobre la renovación

Su cobertura de salud de Blue Shield es de "renovación garantizada" (Blue Shield no puede cancelarla) y seguirá vigente siempre que sus cuotas se paguen con anticipación, excepto según las condiciones detalladas anteriormente en la sección "Cancelación de los beneficios" y tal como se describe en el Acuerdo de Servicios. Blue Shield puede modificar o corregir el Acuerdo de Servicios si le envía a usted un aviso por escrito con 60 días de anticipación como mínimo.

## Apelación de una decisión relacionada con el proceso de evaluación para la aprobación del seguro

Si usted quiere apelar una decisión relacionada con el proceso de evaluación para la aprobación del seguro, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(800) 248-2341**.

Si tiene preguntas sobre un servicio, un proveedor, sus beneficios, cómo usar su plan o cualquier otro tema, también puede comunicarse con Servicio al Cliente al número anterior.

## Interpretación del plan

Blue Shield tendrá la facultad y la autoridad discrecional para inferir e interpretar las disposiciones del Acuerdo de Servicios, para establecer los beneficios del Acuerdo de Servicios y para determinar la elegibilidad para recibir los beneficios según el Acuerdo de Servicios. Blue Shield ejercerá esta autoridad en favor de todos los suscriptores que tengan derecho a recibir beneficios conforme al Acuerdo de Servicios.

## Confidencialidad de la información personal y sobre la salud

Blue Shield of California protege la confidencialidad y la privacidad de su información personal y sobre la salud. Esa información incluye la información médica y la que lo identifica como persona (p. ej., su nombre, dirección, número de teléfono o número del Seguro Social). Blue Shield no revelará esta información sin su autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita.

Con la inscripción le entregaremos un "Aviso de Prácticas de Privacidad", que describe la manera en la que Blue Shield resguarda la información protegida sobre su salud y aquella información que lo identifica como persona. También puede pedir una copia de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" llamando a Servicio al Cliente al **(800) 248-2341** o

imprimir una copia desde el sitio web de Blue Shield of California, **[blueshieldca.com](http://blueshieldca.com)**.

Si le preocupa que Blue Shield tal vez no haya cumplido con sus derechos de privacidad o confidencialidad, o está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado con respecto al acceso a su información personal y sobre su salud, puede comunicarse con nosotros de la siguiente manera:

### **Dirección postal:**

Blue Shield of California Privacy Official  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

**Número de teléfono gratis:**  
**(888) 266-8080**

**Dirección electrónica:**  
**[privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)**

# Exclusiones y limitaciones principales de los beneficios

Tenga en cuenta lo siguiente:

Los planes suplementarios de Medicare de Blue Shield no brindan cobertura para el cuidado custodial en ninguna institución, y tampoco en un centro de enfermería especializada. El cuidado custodial abarca servicios como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, comer, vestirse, bañarse y tomar medicamentos.

A menos que se establezcan excepciones de manera específica a las siguientes exclusiones en la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud* (Acuerdo de Servicios) de su plan, no se brindan beneficios para lo siguiente:

1. Servicios relacionados con la hospitalización o reclusión en un centro de salud principalmente destinado al descanso, el cuidado custodial, la atención de mantenimiento o la atención en el hogar, o para controlar o cambiar el entorno de un paciente.
2. Tratamiento y atención dental, cirugía dental y aparatos dentales.
3. Exámenes y costos para anteojos y audífonos, excepto cuando estén cubiertos por el plan F Extra o el plan G Extra.
4. Servicios para fines estéticos.
5. Servicios para la terapia ocupacional, educativa, recreativa, artística, de danza, de música o en relación con ellos, salvo que sean médicamente necesarios (y solo en la medida en que lo sean) como complemento para el tratamiento médico de un problema de salud subyacente, recetados por el médico de cabecera y reconocidos por Medicare; programas para controlar el peso; o programas de ejercicios físicos (excepto el programa SilverSneakers®).
6. Sangre y plasma; con la excepción de que esta exclusión no se aplicará a las primeras tres (3) pintas de sangre que el suscriptor reciba en un año calendario.
7. Acupuntura, excepto que esté cubierta por el plan G Extra.
8. Exámenes físicos, a excepción de un examen físico "Welcome to Medicare" (Bienvenido a Medicare) por única vez si se hace dentro de los primeros 12 meses de su cobertura inicial a través de la Parte B de Medicare y un examen de bienestar anual de allí en adelante; o atención de los pies de rutina.
9. Inmunizaciones de rutina, a excepción de aquellas que estén cubiertas por los servicios preventivos de la Parte B de Medicare.
10. Servicios que no están detallados específicamente como beneficios.
11. Servicios por los que usted no tiene la obligación legal de pagar o servicios por los que no se le cobra ningún cargo.
12. Servicios por los que usted no recibe beneficios de Medicare, salvo que estén detallados de otra manera como servicios cubiertos en el Acuerdo de Servicios.
13. Los beneficios de la vista tienen acceso limitado fuera de California o en el resto del país.

Consulte la *Evidencia de Cobertura* del plan para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, su derecho a pedir ayuda del Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) y su derecho a una revisión médica independiente.

HICAP  
**(800) 434-0222**

Para obtener más información sobre los beneficios cubiertos, comuníquese con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) o con su agente. El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para personas mayores que viven en California.

**Blue Shield of California  
Medicare Plans  
Regional Sales Office  
6300 Canoga Ave.  
Woodland Hills, CA 91367-2555**

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc.  
Todos los derechos reservados.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MSP14541-PR-DS-SP (12/21)

Aprobación reglamentaria en trámite