

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Resumen de Beneficios para el año 2019

Blue Shield 65 Plus (HMO)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condado de San Diego

blueshieldca.com/medicare



H0504_18_334I_M_SP Accepted 09012018

Resumen de Beneficios para el año 2019

Blue Shield 65 Plus

Condado de San Diego

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Esta información de beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos, como tampoco todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista de los servicios que cubrimos, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/medMAPD o llame a Servicio para Miembros al (800) 776-4466 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Blue Shield 65 PlusSM incluye la cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, la cual le ofrece la comodidad de tener sus medicamentos recetados y de venta sin receta cubiertos a través de un plan.

Para inscribirse en **Blue Shield 65 Plus**, 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 San Diego.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el folleto "**Medicare & You**" (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en <http://www.medicare.gov>, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, cualquier día 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 disponible en nuestro sitio web **blueshieldca.com/find-a-doctor**.

El Directorio de farmacias de nuestro plan está disponible en nuestro sitio web **blueshieldca.com/med_pharmacy**.

Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web **blueshieldca.com/med_formulary**.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible	\$0	
Cantidad máxima de bolsillo	\$3,399	No incluye medicamentos recetados. Esta es la cantidad máxima que pagaría por los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	\$295 de copago por día para los días 1 a 7 \$0 de copago por día para los días 8 en adelante	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización para pacientes internados.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios 	\$90 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si es admitido en el hospital el mismo día por el mismo problema de salud) \$350 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios de observación	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.
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$200 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$350 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> Médico de atención primaria Especialistas 	\$15 de copago por visita \$35 de copago por visita	Es posible que se necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.
Atención preventiva	\$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	\$90 de copago por visita \$90 de copago y sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago no se aplica si es admitido en el hospital el mismo día por el mismo problema de salud. Tiene cobertura mundial.
Servicios urgentemente necesarios	\$30 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia de la red en el área de servicio del plan.	

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<p>Servicios urgentemente necesarios (cont.)</p>	<p>\$30 de copago por cada visita a un centro de atención de urgencia o consultorio médico fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>\$90 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.</p> <p>\$90 de copago por cada visita a una sala de emergencias, centro de atención de urgencia o consultorio médico fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>El copago de \$90 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan o fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplica si usted ingresa al hospital en el mismo día por el mismo problema de salud.</p> <p>No tiene un límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta o los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican a la cantidad máxima total de bolsillo del plan.</p> <p>Tiene cobertura mundial.</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</p> <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>\$80 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 la cantidad permitida por Medicare</p>	<p>Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare; se necesita autorización previa.</p> <p>Usted paga el 20% del costo por los servicios de radiología terapéutica, pero nunca pagará más de la cantidad máxima total de bolsillo de \$3,399 durante un año.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de audición • Audífonos 	<p>\$15 de copago por visita si se hace en el consultorio de su PCP \$35 de copago por visita si se hace en el consultorio de un especialista</p> <p>\$0 de copago por una prueba de audición de rutina todos los años a través del proveedor de audífonos de la red</p> <p>\$499 de copago por cada audífono Vista 610 o \$799 de copago por cada audífono Vista 810 del proveedor de la red</p>	<p>Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.</p> <p>2 audífonos por año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos <ul style="list-style-type: none"> – Elección del modelo Vista 610 o modelo Vista 810 – Hasta dos audífonos disponibles todos los años en los siguientes estilos: <ul style="list-style-type: none"> o En el oído o En el canal o Invisible en el canal o Detrás de la oreja o Receptor en el oído – Pruebas, asesoramiento y ajustes de audífonos – Impresiones de oído y moldes – Controles de los dispositivos de ayuda auditiva – Suministro por dos años de baterías por audífono – Garantía extendida de tres años para algunos modelos
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas • Radiografías dentales • Tratamiento con fluoruro • Examen bucodental 	<p>\$20 de copago</p> <p>\$0 a \$10 de copago, según el servicio/tipo</p> <p>\$5 de copago</p> <p>\$5 a \$16 de copago, según el servicio</p>	<p>Una visita cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías interproximales cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses.</p> <p>Dos visitas en 12 meses para tratamiento con fluoruro.</p> <p>Consulte los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios para obtener más información sobre los servicios dentales a los que puede tener acceso por una prima del plan adicional.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos Prueba de detección de glaucoma anual Examen de rutina de la vista y refracción Armazones para anteojos o lentes de contacto Lentes para anteojos 	<p>\$35 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Es posible que se necesite una referencia de su médico para los exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</p> <p>Es posible que se necesite una referencia de su médico para las pruebas de detección de glaucoma anuales.</p> <p>Una vez cada 12 meses con un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si va a proveedores que no son de la red; consulte la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Una vez cada 24 meses con un proveedor de la red. Nuestro plan paga hasta \$150 cada 24 meses por armazones para anteojos o por lentes de contacto. Se incluye cobertura parcial si va a proveedores que no son de la red; consulte la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Una vez cada 12 meses con un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si va a proveedores que no son de la red; consulte la EOC del plan para obtener más detalles.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Atención de la salud mental para pacientes internados Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios 	<p>\$250 de copago por estadía para los días 1 a 7</p> <p>\$0 de copago para los días 8 a 150</p> <p>\$20 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita</p>	<p>Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$160 de copago por día para los días 21 a 100	Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios del centro de enfermería especializada. 100 días por período de beneficios; no necesita hospitalización previa si va a un proveedor de la red. Un período de beneficios empieza el día en que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que usted no recibió atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si usted es admitido en un hospital después de que haya terminado un período de beneficios, se inicia otro período de beneficios.
Servicios de rehabilitación		
<ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia ocupacional • Visita de terapia física y terapia del habla y del lenguaje 	\$40 de copago por visita	Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.
	\$40 de copago por visita	
Ambulancia	\$250 de copago por traslado en una sola dirección	
Transporte	Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de la cantidad permitida por Medicare por los medicamentos de quimioterapia 20% de la cantidad permitida por Medicare por otros medicamentos de la Parte B	
Atención de los pies (servicios de podología)		Es posible que se necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies 	\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare	
Equipos y suministros médicos		Es posible que se necesite una referencia de su médico para los equipos y suministros médicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 	20% de la cantidad permitida por Medicare	Es posible que se necesite autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<p>Equipos y suministros médicos (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidores de glucemia • Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes 	<p>\$0 de copago por los medidores de glucemia ACCU-CHEK® y paga el 20% de la cantidad permitida por Medicare por los medidores de glucemia de cualquier otro fabricante</p> <p>20% de la cantidad permitida por Medicare</p> <p>\$0 de copago por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de glucemia (ver "Medidores de glucemia" arriba)</p>	<p>Es posible que se necesite autorización previa del plan para el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.</p>
<p>Programas de salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso básico a clases de ejercicios a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers • NurseHelp 24/7SM (apoyo telefónico y en línea) • Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) (alerta médica las 24 horas, cualquier día de la semana) 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	

Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D				
Etapa 1: Deducible anual por medicamentos recetados	\$0 Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.			
Etapa 2: Cobertura inicial	Farmacia al por menor preferida		Farmacia al por menor estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días*	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$7 de copago	\$21 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 de copago	\$7.50 de copago ^{NDS}	\$12 de copago	\$36 de copago ^{NDS}
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago ^{NDS}	\$47 de copago	\$141 de copago ^{NDS}
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 de copago	\$237.50 de copago ^{NDS}	\$100 de copago	\$300 de copago ^{NDS}
Nivel 5: Medicamentos inyectables	26% de coseguro	26% de coseguro ^{NDS}	26% de coseguro	26% de coseguro ^{NDS}
Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	33% de coseguro	No disponible	33% de coseguro	No disponible

Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo compartido estándar de una farmacia al por menor. Existen situaciones limitadas en las que puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que una farmacia al por menor de la red de costo compartido estándar.

Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan.

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

NDS Para ciertos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 días). **Para su protección**, limitamos la cantidad de ciertos medicamentos que se pueden suministrar a la vez. Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.





Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Usted paga lo siguiente:

<p>Etapa 3: Brecha de cobertura</p>	<p>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 \$3,820, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$5,100</p>	<p>El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) están cubiertos según los copagos que se indican arriba. Para los medicamentos de los Niveles 4 al 6, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una porción de la tarifa por prescripción) y el 37% del precio por los medicamentos genéricos, hasta que sus costos alcancen un total de \$5,100, lo que significa el final de la brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, consulte el formulario del plan.</p>
<p>Etapa 4: Cobertura para catástrofes</p>	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos obtenidos a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$5,100, debe pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor):</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5% del costo, o • \$3.40 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos. <p>(Esta etapa lo protege de cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).</p>	

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. Aquí se mencionan solo algunas:

- CVS/pharmacy[‡]
(incluidas las farmacias CVS/pharmacy de Target) (888) 607-4287 [TTY: 711] 
- Farmacias Safeway/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.

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

Planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios

Usted paga lo siguiente:

Acceso a la red	Blue Shield 65 Plus San Diego	Plan dental HMO opcional suplementario	Plan dental PPO opcional suplementario	
	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental opcional suplementario	Ninguna	\$12.40	\$34.90	
Deducible por año civil por miembro (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	\$0	\$0	Usted paga \$50 antes de que comiencen los servicios mayores	
Máximo por año civil por miembro*	\$0	\$1,000 para los servicios cubiertos de endodoncia, periodoncia y cirugía bucodental cuando los brinda un especialista dental de la red	\$1,500 para los servicios dentales preventivos y completos cubiertos combinados, sin importar si los servicios son brindados por un dentista general participante o un especialista dental. 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 civil. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año civil de \$1,500.	
Períodos de espera (servicios mayores únicamente)	Sin período de espera	Sin período de espera	Sin período de espera para los servicios preventivos y de diagnóstico. Período de espera de seis meses para servicios mayores.	

* 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 civil por los servicios cubiertos de especialistas. Usted es responsable de las cantidades que superen los \$1,000. Si está inscrito en el plan dental PPO opcional suplementario y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista.

Planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios (cont.)

	Blue Shield 65 Plus San Diego	Plan dental HMO opcional suplementario	Plan dental PPO opcional suplementario	
	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Resumen de servicios cubiertos (código ADA)[†]				
	Usted paga	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Servicios de diagnóstico				
Examen bucodental completo (D0150)	\$16 de copago	\$5 de copago (2 visitas en 12 meses)	0% (2 visitas en 12 meses)	20% (2 visitas en 12 meses)
Radiografías completas (D0210)	\$5 de copago (1 serie cada 24 meses)	\$0 de copago (1 serie cada 24 meses)	0% (1 serie cada 36 meses)	20% (1 serie cada 36 meses)
Atención preventiva				
Profilaxis para adultos (D1110)	\$20 de copago (1 limpieza cada 6 meses)	\$5 de copago (1 limpieza cada 6 meses)	0% (1 limpieza cada 4 meses)	20%
Servicios de restauración				
Restauración con resina compuesta de una superficie, anterior (D2330)	\$40 de copago	\$11 de copago	20%	30%
Corona (porcelana fundida con metal noble) (D2750)	\$430 de copago	\$275 de copago [‡]	50%	50%
Periodoncia	Para el plan dental HMO opcional suplementario, el copago será mayor si los servicios son brindados por un especialista.			
Raspado periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante (D4341)	\$80 de copago	\$45 de copago	50%	50%
Endodoncia	Para el plan dental HMO opcional suplementario, el copago será mayor si los servicios son brindados por un especialista.			
Tratamiento de conducto radicular anterior (D3310)	\$240 de copago	\$195 de copago	50%	50%
Tratamiento de molares (D3330)	\$373 de copago	\$335 de copago	50%	50%

† 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.

‡ Usted paga el copago, más el costo de los metales preciosos o semipreciosos. Las coronas molares de porcelana no son un beneficio cubierto.

Estamos aquí para ayudarlo

Comuníquese con Blue Shield al **(800) 488-8000** [TTY: 711]

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **(800) 776-4466** [TTY: 711] para obtener más información.

Tivity Health, SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. o sus empresas subsidiarias o afiliadas en los Estados Unidos o en otros países.

© 2017 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield 65 Plus y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California.

Blue Shield y el símbolo del escudo Shield son marcas comerciales registradas de la BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。