

2020 Resumen de beneficios

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)

Condados de Los Angeles, *Orange,
*San Bernardino, *Riverside, San Diego, Fresno,
Santa Clara, *Merced, San Joaquin y Stanislaus
(*parcial)

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de cobertura".

Resumen de beneficios 2020

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Condados de Los Ángeles, *Orange, *San Bernardino, *Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, *Merced, San Joaquín, y Stanislaus, Plan 037

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

La información sobre beneficios proporcionada no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, pida la "Evidencia de cobertura".

Para unirse a **Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Condados de Los Ángeles, *Orange, *San Bernardino, *Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, *Merced, San Joaquín y Stanislaus.

El área de servicio para el condado de Orange incluye **solo los códigos postales enumerados a continuación**. Para unirse al plan, debe vivir en uno de estos códigos postales:

90620 90621 90622 90623 90624 90630 90631 90632 90633 90638 90680 90720 90740 90742 90743
92609 92610 92617 92619 92620 92626 92637 92646 92647 92648 92649 92655 92657 92673 92683
92685 92694 92697 92698 92701 92702 92703 92704 92705 92706 92707 92708 92725 92735 92801
92802 92803 92804 92805 92806 92807 92808 92809 92812 92814 92815 92816 92817 92821 92822
92823 92825 92831 92832 92833 92834 92835 92836 92837 92838 92840 92841 92842 92843 92844
92845 92846 92850 92868 92870 92871 92885 92886 92887 92899

El área de servicio para el condado de San Bernardino incluye **solo los códigos postales enumerados a continuación**. Para unirse al plan, debe vivir en uno de estos códigos postales:

91701 91708 91709 91710 91730 91737 91739 91761 91762 91763 91764 91784 91786 92301 92307
92308 92313 92316 92318 92324 92334 92335 92336 92337 92344 92345 92346 92350 92354 92357
92359 92368 92369 92371 92373 92374 92376 92377 92392 92394 92395 92399 92401 92402 92403
92404 92405 92406 92407 92408 92410 92411 92412 92413 92414 92415 92418 92420 92423 92424
92427

El área de servicio para el condado de Riverside incluye **solo los códigos postales enumerados a continuación**. Para unirse al plan, debe vivir en uno de estos códigos postales:

91718 91719 91720 91752 91760 92028 92201 92202 92203 92210 92211 92220 92223 92230 92234
92235 92236 92240 92241 92247 92248 92253 92254 92255 92258 92260 92261 92262 92263 92264
92270 92274 92276 92282 92292 92320 92324 92373 92399 92501 92502 92503 92504 92505 92506
92507 92508 92509 92513 92514 92515 92516 92517 92518 92519 92521 92522 92530 92531 92532
92536 92539 92543 92544 92545 92546 92548 92549 92551 92552 92553 92554 92555 92556 92557
92561 92562 92563 92564 92567 92570 92571 92572 92581 92582 92583 92584 92585 92586 92587
92589 92590 92591 92592 92593 92595 92596 92599 92860 92877 92878 92879 92880 92881 92882
92883

El área de servicio para el condado de Merced incluye **solo los códigos postales enumerados a continuación**. Para unirse al plan, debe vivir en uno de estos códigos postales:

93610 93620 93661 93665 95301 95303 95312 95315 95317 95322 95324 95333 95334 95340 95341
95343 95344 95348 95365 95369 95374 95380 95388

Si visita a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no ofrezcamos cobertura por estos servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). Consúltelo en línea a través de www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o en audio.

Para obtener más información, llámenos al (800) 847-1222 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. los días de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite blueshieldca.com/promise/medicare.

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
 Condados de Los Ángeles, *Orange, *San Bernardino, *Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, *Merced, San Joaquín, y Stanislaus

Primas y beneficios		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan	
Prima mensual del plan		Usted paga \$32 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare	
Deducible		Sin deducible	
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)		Paga un máximo de \$6,700 por año Incluye copagos y otros costos por servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare durante el año	
Atención para pacientes hospitalizados		Días 1 a 60: deducible de \$1,408 Días 61 a 90: copago de \$352 por día Días 91 a 150: copago de \$704 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.	
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios		20% del costo	
Centro quirúrgico ambulatorio		20% del costo para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	
Visitas al médico			
• Médico de atención primaria		Copago de \$0	
• Especialistas		Copago de \$0	
Servicios preventivos (Mamografía y vacunas contra la influenza) (No se necesita remisión)		Copago de \$0 Otros servicios preventivos se encuentran disponibles Existen algunos servicios cubiertos que tienen costo	
Atención de emergencia		20% del costo	
Servicios de atención de urgencia		20% del costo	

Resumen de beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imágenes	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, CT, PET)• Procedimientos y exámenes de diagnóstico• Servicios de laboratorio	20% del costo para servicios radiológicos cubiertos por Medicare 20% del costo para exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
<ul style="list-style-type: none">• Radiografías para pacientes ambulatorios• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)	20% del costo para servicios de radiografías cubiertos por Medicare 20% del costo para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.
Servicios auditivos	20% del costo para beneficios cubiertos por Medicare
<ul style="list-style-type: none">• Examen de audición (cubierto por Medicare)• Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)• Audífono	Copago de \$0 por un examen de audición de rutina Copago de \$0 por colocación/evaluación de audífonos (1 por año) Copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año Límite de \$2,000 por año
Servicios dentales	
<ul style="list-style-type: none">• Exámenes bucales ilimitados todos los años• Limpieza, una cada 6 meses• Tratamiento con flúor, uno cada 6 meses• Radiografías, una serie completa cada 2 años	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 por visita Copago de \$0
Servicios oftalmológicos	
<ul style="list-style-type: none">• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista• Examen de la vista de rutina (uno cada año)• Límite de cobertura para anteojos• Examen de refracción (uno cada 2 años)	20% del costo Copago de \$0 Límite de \$500 para anteojos y lentes de contacto cada dos años Copago de \$0

Resumen de beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none">• Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Días 1 a 60: deducible de \$1,408 Días 61 a 90: copago de \$352 por día Días 91 a 150: copago de \$704 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. 20% del costo por visita 20% del costo por visita
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Copago de \$0
Podiatría <ul style="list-style-type: none">• Exámenes y tratamiento para los pies• Cuidado de pies de rutina	20% del costo por servicios de podiatría cubiertos por Medicare Copago de \$0 por visitas de rutina; 1 visita de rutina por mes
Suministros médicos	20% del monto permitido por Medicare
Atención en centros de enfermería especializada	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$176 por día para los días 21 a 100 El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none">• Visita de terapia ocupacional• Visita de terapia del habla y del lenguaje y fisioterapia	20% del costo por visita
Servicios de ambulancia	20% del costo (por trayecto)
Servicios de transporte	Copago de \$0 48 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan El transporte debe coordinarse con 24 horas de anticipación
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo de medicamentos para quimioterapia 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B

Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan	
Etapa 1: deducible anual	\$435, Nivel 1 excluido		
Etapa 2: cobertura inicial (luego de que pague su deducible, si corresponde, hasta el límite de cobertura inicial de \$4,020)	Minorista estándar		
	Costo compartido de suministro para 30 días (dentro de la red)^{MO}	Costo compartido de suministro para 90 días (dentro de la red)^{MO}	
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 2: medicamentos genéricos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	
Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 25%	Sin cobertura	
Etapa del período sin cobertura (Luego de que los costos por medicamentos totales que pagan usted y el plan hayan llegado a \$4,020, hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen un total de \$6,350)	Nivel 1: los medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con los copagos descritos arriba. Para todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio negociado por los medicamentos de marca, además de una parte del costo de suministro, y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.		
Cobertura en situaciones catastróficas (Cuando los costos anuales que paga de su bolsillo superan los \$6,350)	Cuando alcance el monto de \$6,350 por los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre en una farmacia minorista o de pedido por correo), usted paga la cifra que sea mayor entre: <ul style="list-style-type: none"> • El 5% del costo, o • Un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos. 		

Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia con costo compartido minorista estándar. Existen situaciones limitadas en las que puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista de costo compartido estándar de la red. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de la farmacia y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan.

***El costo compartido minorista preferido del suministro para 90 días también se aplica a la farmacia de pedidos por correo de Blue Shield Promise. Los medicamentos de Nivel 5 están limitados a un suministro para 30 días para pedidos por correo.**

MO El suministro a largo plazo (hasta 90 días) solo está disponible para medicamentos seleccionados. Los medicamentos que están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo MO en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que no están marcados con este símbolo no están disponibles para un suministro a largo plazo. Para su protección, limitamos la cantidad de medicamentos seleccionados que se pueden surtir al mismo tiempo.

Beneficios del plan complementario

Usted paga lo siguiente:

Beneficios del plan complementario	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
Programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers	Copago de \$0
Línea de Enfermería	Copago de \$0
Atención de emergencia internacional/Servicios de atención de urgencia	Copago de \$100 por visita Cobertura de hasta \$25,000 por año (se exime si es internado)
Acupuntura	Copago de \$0 24 visitas por año
Sistema de respuesta personal ante emergencias	Copago de \$0
Productos de venta libre	Cuenta con \$200 por trimestre para gastar en artículos cubiertos. Puede realizar un pedido por trimestre y no puede trasladar su asignación sin utilizar al siguiente trimestre.
Telesalud	Copago de \$0

NOTA IMPORTANTE: Para obtener más información sobre los requisitos de no discriminación, puede visitar nuestra página web <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal Medicaid de California. La inscripción en Blue Shield of California Promise Health Plan depende de la renovación del contrato.

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

Tivity Health, SilverSneakers y Love Life Longer son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. o sus subsidiarias o afiliadas en los Estados Unidos y en otros países. © 2018 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de que tome la decisión de inscribirse, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **(800) 847-1222 (TTY: 711)**.

Cómo comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que aparece en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios en los que, de manera rutinaria, consulta con un médico. Visite **[blueshieldca.com/promise/medicare](https://www.blueshieldca.com/promise/medicare)** o llame al **(800) 847-1222 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o consulte con su médico) para verificar si los médicos a los que ahora consulta se encuentran en la red de servicios. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar a uno nuevo.
- Revise el Directorio de farmacias para verificar si la farmacia que usted usa para todos sus medicamentos con receta se encuentra en la red de servicios. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva para obtener sus medicamentos con receta.

Cómo comprender las normas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por los proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en la lista del Directorio de proveedores).

Estamos aquí para ayudarlo

Para realizar preguntas sobre inscripción, llame al Departamento de Ventas al **(800) 847-1222** (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.