

2020 Resumen de beneficios

Blue Shield Promise TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Fresno, Los Ángeles, *Orange,
*San Bernardino, San Diego, San Joaquín y
Stanislaus (*parte)

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 TotalDual Plan

Los Ángeles (H5928-001), *Orange y *San Bernardino (H5928-005), San Diego (H5928-009), Fresno, San Joaquín y Stanislaus (H5928-054)

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 inscribirse en **Blue Shield Promise TotalDual 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. Además, si vive en los condados de Los Ángeles, San Diego, Orange o San Bernardino, no debe reunir los requisitos para un Cal MediConnect Plan. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Fresno, Los Ángeles, *Orange, *San Bernardino, San Diego, 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

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.

*Parcial

Resumen de beneficios

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

Blue Shield Promise TotalDual Plan
 Los Ángeles (H5928-001), *Orange y
 *San Bernardino (H5928-005),
 San Diego (H5928-009), Fresno,
 San Joaquín y Stanislaus (H5928-054)

Primas y beneficios	Blue Shield Promise TotalDual Plan
Prima mensual del plan	Usted paga \$32 por los servicios de la Parte D. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	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 hospitalaria 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) Se aplican montos de costos compartidos por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20% del costo.
Visitas al médico	
• Médico de atención primaria	Usted no paga nada
• Especialistas	Usted no paga nada
Servicios preventivos (Mamografía y vacunas contra la influenza) (No se necesita remisión)	Usted no paga nada Otros servicios preventivos se encuentran disponibles Existen algunos servicios cubiertos que tienen costo
Atención de emergencia	Usted paga el 20% del costo.
Servicios de atención de urgencia	Usted paga el 20% del costo.
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imágenes	
• Análisis de diagnóstico	Usted paga el 20% del costo.
• Servicios de laboratorio	Usted no paga nada
• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)	Usted paga el 20% del costo.
• Radiografías ambulatorias	Usted paga el 20% del costo.
Servicios auditivos	
• Examen de audición (cubierto por Medicare)	Usted paga el 20% del costo.
• Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)	Usted no paga nada por colocación/evaluación de audífonos (1 por año)
• Audífono	Usted no paga nada para 2 audífonos como máximo por año; Límite de \$2,000 por año

Resumen de beneficios (cont.)

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

Primas y beneficios	Blue Shield Promise TotalDual Plan
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none">• Exámenes bucales ilimitados todos los años• Limpieza, una cada 6 meses• Radiografías, una serie completa cada dos años	Usted no paga nada Usted no paga nada Usted paga \$0-5
Servicios oftalmológicos <ul style="list-style-type: none">• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista• Rutina (no cubierta por Medicare) examen de la vista (uno cada año)• Límite de cobertura para anteojos	Usted paga el 20% del costo Usted no paga nada Límite de \$300 para anteojos y lentes de contacto cada año
Mental Health Services Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none">• Visita de terapia grupal/ individual para pacientes ambulatorios• Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga el 20% de los costos por visitas cubiertas por Medicare 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) Usted está cubierto por 90 días en cada período de beneficios, hasta el límite de por vida de 190 días. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si entras. Después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.
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 100 100 días por período de beneficio; no requiere hospitalización previa. 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	Usted paga el 20% del costo
Servicios de ambulancia	Usted paga el 20% del costo (cada camino)
Servicios de transporte	Usted no paga nada 48 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año. El transporte debe organizarse con 24 horas de anticipación.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo por medicamentos cubiertos por Medicare

Beneficios del plan complementario

Usted paga lo siguiente:

Beneficios del plan suplementario	Blue Shield Promise TotalDual Plan
Gimnasio/acondicionamiento físico	Usted no paga nada
Línea de Enfermería	Usted no paga nada
Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo	Copago del 20% para la cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo (no eximible si se lo interna) Límite de \$25,000 de cobertura del plan para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año.
Acupuntura	Usted no paga nada para 24 visitas por año
De venta libre	Tiene derecho a una prestación trimestral de \$200 de medicamentos y suministros de venta libre. Puede hacer un pedido por trimestre, y no puede pasar las prestaciones no usadas al trimestre siguiente.

Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga lo siguiente:

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Blue Shield Promise TotalDual Plan	
Deducible anual	Usted paga \$435 (excluye medicamentos de Nivel 1)	
Etapa del período sin cobertura (Luego de que los costos por medicamentos totales que pagan usted y el plan hayan llegado a \$4,020)	Receta de minorista estándar Suministro para 30 días	Venta al por menor estándar o Costo compartido de pedidos por correo Suministro de 90 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted no paga nada	Usted no paga nada
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%	Coseguro del 25%
Etapa del período sin cobertura	Tier 1: \$0 copay Tiers 2-5: you pay 25% of the negotiated price for brand name drugs (plus a portion of the dispensing fee) and 25% of the price for generic drugs until your costs total \$6,350, which is the end of the coverage gap.	
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. 	

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.

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 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.