

# Resumen de Beneficios para el año 2022

---

## Blue Shield 65 Plus (HMO)

**Plan de medicamentos recetados de  
Medicare Advantage**

Condado de San Bernardino

# Resumen de Beneficios para el año 2022

## Blue Shield 65 Plus

### Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Esta información de beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) en [blueshieldca.com/MAPDdocuments2022](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2022) o llame a Atención al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre.**

**Blue Shield 65 Plus** incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la conveniencia de tener cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo 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 Bernardino.**

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 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 en nuestro sitio web [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://blueshieldca.com/find-a-doctor).

El Directorio de Farmacias de nuestro plan está en nuestro sitio web [blueshieldca.com/medpharmacy2022](https://blueshieldca.com/medpharmacy2022).

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web [blueshieldca.com/medformulary2022](https://blueshieldca.com/medformulary2022).

# Resumen de Beneficios

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
<b>Deducible</b>	\$0	
<b>Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo</b>	\$2,799	No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Esta es la cantidad máxima que pagaría durante el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare dentro de la red.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	\$0 de copago por admisión	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital de la red.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$150 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios de observación \$85 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si es admitido en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día)	Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$150 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médico de atención primaria</li> <li>Especialistas</li> </ul>	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.</b>
<b>Atención preventiva</b>	\$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
<b>Atención de emergencia</b>	\$85 de copago por visita Tiene un límite anual combinado de \$50,000 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 un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.

# Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<p><b>Servicios urgentemente necesarios</b></p>	<p>\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio de su plan</p> <p>\$5 de copago por cada visita a un centro de atención urgente o al consultorio de un médico fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>\$85 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>\$85 de copago por cada visita a una sala de emergencias, un centro de atención urgente o el consultorio de un médico fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Tiene un límite anual combinado de \$50,000 para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Este copago no se aplica si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.</p> <p>Tiene cobertura mundial.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer)</li> </ul>	<p>\$20 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</b></p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por los servicios de radiología terapéutica, pero nunca pagará más de la cantidad máxima total de gastos de bolsillo de \$2,799 por año.</p>

# Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de audición (cubierta por Medicare)</li> <li>• Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare)</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Recibirá un reembolso de hasta \$500 cada dos años por los audífonos, su colocación y la prueba.</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.</b></p> <p>Se aplica a los dos oídos juntos; los costos por audífonos no se aplican a su cantidad máxima total de gastos de bolsillo de \$2,799.</p>
<b>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</b>	<p>Están cubiertos con una prima adicional del plan.</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 adicional del plan.</p>
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos</li> <li>• Examen de la vista de rutina y refracción</li> <li>• Armazones para anteojos</li> <li>• Lentes para anteojos o lentes de contacto</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago</p> <p>\$20 de copago</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</b></p> <p>Una visita 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>Nuestro plan paga hasta \$65 cada 24 meses por un par de armazones para anteojos cuando se obtienen de 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>Nuestro plan paga cada 12 meses un par de lentes para anteojos recetados o hasta \$65 por lentes de contacto cuando se obtienen de 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>

# Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de la salud mental para pacientes internados</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$900 de copago por estadía cubierta por Medicare \$30 de copago por visita \$30 de copago por visita	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.</b></p> <p>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 no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada.</p> <p>Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios.</p>
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 \$75 de copago por día para los días del 21 al 100	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada.</b></p> <p>100 días por período de beneficios; no necesita hospitalización previa si va a un proveedor de la red.</p> <p>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 no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios.</p>
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional</li> <li>Terapia física y terapia del habla y del lenguaje</li> </ul>	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.</b></p>
<b>Ambulancia</b>	\$150 de copago por viaje en una sola dirección	
<b>Transporte</b>	Sin cobertura	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia/radioterapia y otros medicamentos de la Parte B	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

## Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Examen físico anual</b>	\$0 de copago	Uno cada 12 meses.
<b>Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides</b>	\$0 de copago	
<b>Servicios de telesalud adicionales</b>	\$0 de copago	Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos, y también pueden recetar ciertos medicamentos.
<b>Atención de los pies (servicios de podología)</b> • Exámenes y tratamiento de los pies	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.</b>
<b>Servicios y suministros para la diabetes</b> • Medidores de azúcar en la sangre  • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes	\$0 de copago por los medidores de azúcar en la sangre ACCU-CHEK y 20% de coseguro por los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante  \$0 de copago por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y suministros para la diabetes.</b>  Es posible que necesite autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos, los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas.  Para obtener más información, consulte la EOC del plan.
<b>Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</b> • Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coseguro	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los DME y los suministros relacionados.</b>  Es posible que necesite autorización previa del plan para los DME.  Para obtener más información, consulte la EOC del plan.
<b>Prótesis y suministros médicos</b> • Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)  • Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.)	\$0 de copago  \$0 de copago	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.</b>
<b>Programas de salud y bienestar</b> • Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers  • NurseHelp 24/7 <sup>SM</sup> (apoyo por teléfono y por Internet)	\$0 de copago  \$0 de copago	

# Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

## Usted paga lo siguiente:

<b>Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D</b>						
<b>Etapas 1:</b> <b>Etapas de deducible anual</b>	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.					
<b>Etapas 2:</b> <b>Etapas de cobertura inicial</b>	<b>Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)</b>			<b>Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)<sup>^</sup></b>		
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días<sup>NDS</sup></b>	<b>Suministro para 100 días<sup>NDS</sup></b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días<sup>NDS</sup></b>	<b>Suministro para 100 días<sup>NDS</sup></b>
<b>Nivel 1:</b> <b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago	\$5 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$5 de copago
<b>Nivel 2:</b> <b>Medicamentos genéricos</b>	\$10 de copago	\$15 de copago	Sin cobertura	\$18 de copago	\$54 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 3:</b> <b>Medicamentos de marca preferidos</b>	\$40 de copago	\$100 de copago	Sin cobertura	\$47 de copago	\$141 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 4:</b> <b>Medicamentos no preferidos</b>	\$95 de copago	\$237.50 de copago	Sin cobertura	\$100 de copago	\$300 de copago	Sin cobertura
<b>Nivel 5:</b> <b>Medicamentos de nivel especializado</b>	33% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura	33% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

<sup>^</sup> Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red. Hay situaciones limitadas en las que tal vez puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red.

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 y 100 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 o 100 días). 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.)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D		
<b>Etapas 3 y 4:</b> <b>Etapas de brecha de cobertura</b>	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 \$4,430, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,050.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos) están cubiertos según los copagos que se indican arriba. Para los medicamentos de todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del precio por los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo por medicamentos en lo que va del año alcancen un total de \$7,050, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, consulte el formulario del plan.
<b>Etapas 3 y 4:</b> <b>Cobertura para catástrofes</b>	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 \$7,050, debe pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): <ul style="list-style-type: none"> <li>• el 5% del costo, o</li> <li>• \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul> (Esta etapa lo <b>protege</b> de tener que pagar cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

## Farmacia de servicio por correo

CVS Caremark es nuestra farmacia de servicio por correo de la red, donde puede obtener un suministro para 90 o 100 días de medicamentos de mantenimiento a un costo más bajo. Recibirá sus medicamentos en su casa o en su oficina sin cargos de envío. Regístrese en [caremark.com](http://caremark.com) o llame al (866) 346-7200 [TTY: 711].

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

## Farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido

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

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



No es necesario ser miembro de Costco para usar las farmacias Costco.

<sup>‡</sup> Aceptan recetas enviadas de manera electrónica (*e-prescribing*).

# Planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

## Usted paga lo siguiente:

Acceso a la red	Plan dental HMO opcional suplementario	Plan dental PPO opcional suplementario
	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental opcional suplementario	\$12.40	\$41.90
Deducible por año calendario por miembro (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	\$0	Usted paga \$50 antes de empezar a recibir servicios mayores.
Cantidad máxima de beneficios por año calendario por miembro*	\$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 calendario. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de \$1,500.
Período de espera	Sin período de espera	Sin período de espera

\* Todos los servicios deben ser brindados, recetados o autorizados por su dentista de la red. Si necesita ver a un especialista, primero debe obtener una referencia de su dentista de atención primaria para recibir los servicios cubiertos de especialistas. El plan paga un máximo de \$1,000 por año calendario por los servicios cubiertos de especialistas. Usted 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 (HMO)  
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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

<sup>†</sup> 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.

<sup>‡</sup> 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 **(888) 534-4263** [TTY: 711],

**de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.**

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.

SilverSneakers y el logotipo de la zapatilla de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2021 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 Shield son marcas comerciales registradas de la BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

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政視。