

# Resumen de Beneficios para el año 2022

---

## Blue Shield Coordinated Choice Plan (HMO)

### **Plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage**

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

# Resumen de Beneficios para el año 2022

## Blue Shield Coordinated Choice Plan (HMO)

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

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 Coordinated Choice Plan** 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 Coordinated Choice Plan**, 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 los condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino, Riverside, San Diego, Fresno, Santa Clara, Merced, San Joaquín y Stanislaus.**

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

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

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

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Prima mensual del plan</b>	\$33.20	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>	\$6,700	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>	\$1,484 de deducible por cada período de beneficios Días del 1 al 60: \$0 de coseguro Días del 61 al 90: \$371 de coseguro por día Días del 91 al 150: \$742 de coseguro por cada día de reserva de por vida después del día 90 (hasta 60 días en toda su vida)	Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield Coordinated Choice Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> • Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	20% de coseguro por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios o una sala de emergencias \$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.
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	20% de coseguro por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio y a un hospital para pacientes ambulatorios	
<b>Visitas al médico</b> • Médico de atención primaria • Especialistas	\$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.

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Atención de emergencia</b>	20% de coseguro Sin límite anual combinado por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios 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 de gastos de bolsillo del plan.	Este copago no se aplica para la atención de emergencia y la cobertura mundial de emergencias si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	20% de coseguro Sin límite anual combinado por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios 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 de gastos de bolsillo del plan.	Este copago no se aplica para la atención de emergencia y la cobertura mundial de emergencias si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b>		<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</b>
<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> </ul>	20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico	Con cobertura según las normas de Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio</li> </ul>	\$0 de copago	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> </ul>	20% de coseguro	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	20% de coseguro	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer)</li> </ul>	20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica	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 \$6,700 por año.

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

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>	20% de coseguro  \$0 de copago	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.</b>  Las pruebas de audición de rutina están limitadas a una prueba por año.  Nuestro plan paga hasta \$2,000 por año por 2 audífonos, su colocación y la prueba (entre los dos oídos) cuando se obtienen de un proveedor de la red.
<b>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Tratamiento con fluoruro</li> <li>• Examen bucodental</li> </ul>	\$0 de copago \$0 de copago  \$0 de copago \$0 de copago	Una visita cada 6 meses. Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses. Dos visitas cada 12 meses para el tratamiento con fluoruro.
<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>• Anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto</li> </ul>	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare  \$0 de copago por visita \$0 de copago	<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>  Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red.  Nuestro plan paga hasta \$500 cada 24 meses por anteojos (armazones y lentes) o por lentes de contacto.

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <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>	<p>\$1,484 de deducible por cada período de beneficios</p> <p>Días del 1 al 60: \$0 de coseguro</p> <p>Días del 61 al 90: \$371 de coseguro por día</p> <p>Días del 91 al 150: \$742 de coseguro por cada día de reserva de por vida después del día 90 (hasta 60 días en toda su vida)</p> <p>20% de coseguro por visita</p> <p>20% de coseguro por visita</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.</b></p> <p>150 días por período de beneficios, hasta un límite de 190 días. 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> <p>Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield Coordinated Choice Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<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 \$185.50 de copago por día para los días del 21 al 100	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada.</b> 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 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. Estas cantidades de costo compartido son para el 2021 y pueden cambiar para el 2022. Blue Shield Coordinated Choice Plan le brindará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
<b>Servicios de rehabilitación</b> • Terapia ocupacional • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje	20% de coseguro por visita 20% de coseguro por visita	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.</b>
<b>Ambulancia</b>	20% de coseguro	
<b>Transporte</b>	\$0 de copago	Sin límite de viajes en una sola dirección por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
<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.

# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

## 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> <ul style="list-style-type: none"><li>Exámenes y tratamiento de los pies</li><li>Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare)</li></ul>	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago por visita	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.</b> Límite de 1 visita por mes/ 12 visitas por año.
<b>Servicios y suministros para la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Medidores de azúcar en la sangre</li><li>Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</li></ul>	\$0 de copago por los medidores de azúcar en la sangre FreeStyle® 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 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> <ul style="list-style-type: none"><li>Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</li></ul>	20% de coseguro	<b>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y los suministros duraderos.</b> Es posible que necesite autorización previa del plan para los DME. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.



# Resumen de Beneficios (cont.)

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

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

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
<b>Prótesis y suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)</li> <li>• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.)</li> </ul>	<p>20% de coseguro</p> <p>20% de coseguro</p>	<p><b>Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.</b></p>
<b>Programas de salud y bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers</li> <li>• NurseHelp 24/7<sup>SM</sup> (apoyo por teléfono y por Internet)</li> <li>• Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alerta médica las 24 horas, todos los días)</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	
<b>Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Tiene una asignación de \$200 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.</p>	<p>Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir la asignación que no haya usado al trimestre siguiente. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de OTC para obtener más información.</p>
<b>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</b>	<p>\$0 de copago por visita</p>	<p>Límite de 24 visitas por año.</p>

# Cobertura de medicamentos recetados

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

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>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Usted paga \$480 (excepto para el Nivel 1).		
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)^</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: Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro	Sin cobertura
<b>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado</b>	25% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

^ 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 Coordinated Choice Plan (HMO)  
Condados de Los Ángeles, Orange,  
San Bernardino, Riverside, San Diego, Fresno,  
Santa Clara, Merced, San Joaquín y Stanislaus

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) está cubierto 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](https://www.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.

# 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 Coordinated Choice Plan 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歧視。