

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield Inspire (PPO)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condado de Alameda

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield Inspire

Condado de Alameda

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 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 Inspire incluye la 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 plan.

Para inscribirse en **Blue Shield Inspire**, 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 Alameda.**

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.

El Directorio de Farmacias de nuestro plan está en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2022.

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

Resumen de Beneficios

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Prima mensual del plan		\$99	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible	\$0	\$750	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$6,700	\$10,000 (dentro y fuera de la red combinados)	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.
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$175 por día para los días del 1 al 7 \$0 por día para los días del 8 en adelante	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para cada estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital de la red.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	\$250 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$10 de copago por servicios de observación	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan 40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	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. Es posible que necesite autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$100 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$250 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Especialistas 	<p>\$10 de copago por visita</p> <p>\$35 de copago por visita</p>	<p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p>	
Atención preventiva	\$0 de copago	40% de coseguro	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	<p>\$90 de copago por visita</p> <p>Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p>	<p>\$90 de copago por visita</p> <p>Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos 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>
Servicios urgentemente necesarios	<p>\$30 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio de su plan</p> <p>\$30 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>\$90 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>\$30 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio de su plan</p> <p>\$30 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>\$90 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>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>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>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Servicios urgentemente necesarios (cont.)	<p>\$90 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>Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p>	<p>\$90 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>Sin límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta y los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios</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>\$100 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$40 de copago</p> <p>\$40 de copago</p> <p>\$40 de copago</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa para los servicios de diagnóstico, la cual es responsabilidad de su proveedor.</p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare; se necesita autorización previa.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de audición (cubierta por Medicare) • Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare) 	\$0 de copago por visita	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	\$10 de copago por visita si se los brinda su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) \$35 de copago por visita si se los brinda un especialista	40% de coseguro	Consulte el plan dental PPO opcional suplementario para obtener más información sobre los servicios dentales a los que puede tener acceso por una prima adicional del plan.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos • Examen de la vista de rutina y refracción • Armazones para anteojos 	\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$20 de copago \$20 de copago	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan Usted recibe un reembolso de hasta \$30 por un examen cada 12 meses. Usted recibe un reembolso de hasta \$30 por un par de armazones para anteojos cada 24 meses.	Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos. 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. Nuestro plan paga hasta \$75 cada 24 meses por un par de armazones para anteojos. Se incluye cobertura parcial si va a proveedores que no son de la red; consulte la EOC del plan para obtener más detalles.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Servicios de la vista (cont.) <ul style="list-style-type: none"> Lentes para anteojos o lentes de contacto 	\$20 de copago	Usted recibe un reembolso de hasta \$35 por un par de lentes para anteojos recetados o por lentes de contacto cada 12 meses	Nuestro plan paga cada 12 meses un par de lentes para anteojos recetados o hasta \$75 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.
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>\$1,660 de copago por estadía cubierta por Medicare</p> <p>\$20 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita</p>	<p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p> <p>40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan</p>	<p>Es posible que necesite autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</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>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 \$178 de copago por día para los días del 21 al 100	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor. 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.
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje	\$25 de copago por visita \$25 de copago por visita	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan 40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Ambulancia	\$225 de copago por viaje en una sola dirección	\$225 de copago por viaje en una sola dirección	Se necesita autorización previa para el transporte que no sea de emergencia en un avión de ala fija.
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

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

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Examen físico anual	\$0 de copago	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Uno cada 12 meses.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: independencia y movilidad segura con AAA	\$0 de copago	Sin cobertura	Este es un beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), para el cual se debe determinar su elegibilidad. Para recibir este beneficio, debe tener al menos un problema de salud crónico calificante. Consulte la EOC del plan para obtener más detalles.
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides	\$0 de copago	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	Es posible que necesite una referencia y autorización previa, las cuales son responsabilidad de su proveedor.
Atención de los pies (servicios de podología) • Exámenes y tratamiento de los pies	\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Servicios y suministros para la diabetes • 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)	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan 40% de coseguro por el entrenamiento para el autocontrol de la diabetes y 20% de coseguro por los servicios y suministros para la diabetes, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y suministros para la diabetes. 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.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Primas y beneficios	Dentro de la red usted paga	Fuera de la red usted paga	Lo que debería saber
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 	20% de coseguro	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los DME y los suministros relacionados.</p> <p>Es posible que necesite autorización previa del plan para los DME. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.</p>
Prótesis y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.) 	20% de coseguro \$0 de copago	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan 40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.</p>
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none"> Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers NurseHelp 24/7SM (apoyo por teléfono y por Internet) 	\$0 de copago \$0 de copago	\$0 de copago \$0 de copago	
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	\$0 de copago por visita Hasta 12 visitas por año	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan	
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Tiene una asignación de \$80 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	Tiene una asignación de \$80 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	<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>
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	\$0 de copago por visita Hasta 12 visitas por año	40% de coseguro después de que haya pagado el deducible de su plan (límite de 12 visitas por año)	

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

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D						
Etapa 1: Etapa de deducible anual	\$400 de deducible (excepto para el Nivel 1 y el Nivel 2)					
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)			Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)[^]		
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 100 días^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 100 días^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago	\$5 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$5 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$15 de copago	\$22.50 de copago	Sin cobertura	\$20 de copago	\$60 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago	Sin cobertura	\$47 de copago	\$141 de copago	Sin cobertura
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 de copago	\$237.50 de copago	Sin cobertura	\$100 de copago	\$300 de copago	Sin cobertura
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	25% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura	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.

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

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura	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.
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	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"> • el 5% del costo, o • \$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. (Esta etapa lo protege 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.

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

Plan dental PPO opcional suplementario

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

El plan dental HMO opcional suplementario no está disponible para los miembros del plan H4937-001.
Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Usted paga lo siguiente:

Acceso a la red	Plan dental PPO opcional suplementario	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental opcional suplementario	\$41.90	
Deducible por año calendario por miembro (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	Usted paga \$50 antes de empezar a recibir servicios mayores.	
Cantidad máxima de beneficios por año calendario por miembro*	\$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.	

* 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.

Plan dental PPO opcional suplementario (cont.)

Blue Shield Inspire (PPO)
Condado de Alameda

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

Acceso a la red	Plan dental PPO opcional suplementario	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Resumen de servicios cubiertos (código ADA)[†]		
	Usted paga	Usted paga
Servicios de diagnóstico		
Examen bucodental completo (D0150)	0% (2 visitas en 12 meses)	20% (2 visitas en 12 meses)
Radiografías completas (D0210)	0% (1 serie cada 36 meses)	20% (1 serie cada 36 meses)
Atención preventiva		
Profilaxis para adultos (D1110)	0% (1 limpieza cada 6 meses)	20% (1 limpieza cada 6 meses)
Servicios de restauración		
Restauración con resina compuesta en una superficie, región anterior (D2330)	20%	30%
Corona (porcelana fundida con metal noble) (D2750)	50%	50%
Periodoncia		
Raspado periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante (D4341)	50%	50%
Endodoncia		
Tratamiento de conducto radicular anterior (D3310)	50%	50%
Tratamiento de molares (D3330)	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 **(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 PPO 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 Inspire 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。