Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield Inspire (HMO)

Plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage

Condados de Los Ángeles y Orange

blue california

blueshieldca.com/medicare

H0504_22_343B_043_M_SP Accepted 09062022

Resumen de Beneficios para el año 2023
Blue Shield Inspire (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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, vea la ***Evidencia de Cobertura*** **(EOC, por sus siglas en inglés)** en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2023** 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. **Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2022.**

Blue Shield Inspire incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la comodidad de tener cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo 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 los condados de Los Ángeles y Orange.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el folleto **"Medicare & You"** (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en **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/medpharmacy2023**.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web **blueshieldca.com/medformulary2023**.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Blue Shield Inspire (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	$0	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible	$0	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	$899	No incluye los 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.
Atención hospitalaria para pacientes internados	$0 de copago por admisión	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía 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 en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	$150 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios $0 de copago por servicios de observación $125 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si lo admiten 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.
Cirugía para pacientes ambulatorios	$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio $150 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico • Médico de atención primaria • Especialistas	 $0 de copago por visita $0 de copago por visita	 **Es posible que necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.**
Atención preventiva	$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Atención de emergencia	$125 de copago por visita Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago no se aplica si lo admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios urgentemente necesarios	$0 de copago por cada visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan $0 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios $125 de copago por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios $125 de copago por cada visita a una sala de emergencias o un centro de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago no se aplica si lo admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes		**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.**
• Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones [MRI, CT y PET, por sus siglas en inglés], etc.)	$0 de copago	Con cobertura según las normas de Medicare.
• Servicios de laboratorio	$0 de copago	

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes (cont.)		
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico	$0 de copago	
• Radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago	
• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer)	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 $899 por año.
Servicios de audición		**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.**
• Prueba de audición (cubierta por Medicare)	$0 de copago	
• Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare)	$0 de copago	Las pruebas de audición de rutina son ilimitadas si las hace su médico, pero están limitadas a una prueba cada 12 meses con el proveedor de audífonos de la red.
• Audífonos	$449 de copago por cada audífono con tecnología Silver de colocación detrás de la oreja o $699 de copago por cada audífono con tecnología Gold	La cobertura está limitada a 2 audífonos por año.
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)		
• Profilaxis (limpieza)	$0 de copago	Dos visitas cada 12 meses.
• Radiografías dentales	$0 a $10 de copago, según el servicio brindado	Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses.
• Tratamiento con fluoruro	$5 de copago	Dos visitas cada 6 meses para el tratamiento con fluoruro.

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) (cont.)		
• Examen bucodental	$0 a $16 de copago, según el servicio	Sin límite de exámenes. Vea los planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales para obtener más información sobre los servicios dentales a los que puede tener acceso por una prima adicional del plan.
Servicios de la vista		
• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare	**Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.**
• Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) y refracción	$0 de copago por visita	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; vea la EOC del plan para obtener más detalles.
• Armazones para anteojos	$0 de copago	Nuestro plan paga hasta $225 cada 24 meses por 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; vea la EOC del plan para obtener más detalles.
• Lentes para anteojos o lentes de contacto	$0 de copago	Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados o hasta $225 por lentes de contacto, cada 12 meses, cuando se obtienen de un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si va a proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios de salud mental • Atención de la salud mental para pacientes internados • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	$900 de copago por estadía cubierta por Medicare para los días del 1 al 150 $30 de copago por visita $30 de copago por visita	**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.** Si supera el límite de 150 días, deberá pagar todos los costos. Vea la EOC para obtener más información.
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 $75 de copago por día para los días del 21 al 100	**Es posible que necesite una referencia de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada.** Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos; no necesita una hospitalización previa si va a un proveedor de la red.
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje	$0 de copago por visita $0 de copago por visita	**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.**
Ambulancia	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: $200 de copago por viaje en una sola dirección Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: 20 % de coseguro por viaje en una sola dirección	
Transporte	$0 de copago	Se limita a 32 viajes en una sola dirección por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20 % de coseguro	Es posible que necesite una 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 debe saber
Examen físico anual	$0 de copago	Uno cada 12 meses.
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides	$0 de copago	
Servicios de telesalud adicionales	$0 de copago	Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos, y también pueden recetar algunos medicamentos.
Atención de los pies (servicios de podología) • Exámenes y tratamiento de los pies	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare	**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.**
• Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare)	Recibirá un reembolso de hasta $1,000 por año por la atención de los pies de rutina.	Puede obtener atención de los pies de rutina con el proveedor que prefiera.
Servicios y suministros para la diabetes • Medidores de azúcar en la sangre	$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	**Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y los suministros para la diabetes.** Es posible que necesite una autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos, los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas. Vea la EOC del plan para obtener más información.
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes	$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)	
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados • Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20 % de coseguro	**Es posible que necesite una referencia de su médico para los DME y los suministros relacionados.** Es posible que necesite una autorización previa del plan para los DME. Vea la EOC del plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Prótesis y suministros médicos • Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) • Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.)	20 % de coseguro $0 de copago	**Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.**
Programas de salud y bienestar • Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers • NurseHelp 24/7℠ (apoyo por teléfono y por Internet) • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alertas médicas las 24 horas, todos los días)	$0 de copago $0 de copago $0 de copago	
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Tiene una asignación de $100 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	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. Vea el catálogo de artículos OTC para obtener más información.
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Cliente si necesita más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las insulinas: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.

Cobertura de medicamentos recetados

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D						
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.					
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 díasNDS**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 díasNDS**	**Suministro para 100 díasNDS**
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	$3 de copago	$4.50 de copago	Sin cobertura	$10 de copago	$30 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	$35 de copago	$87.50 de copago	Sin cobertura	$47 de copago	$141 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Insulinas seleccionadas**	$25 de copago	$75 de copago	Sin cobertura	$35 de copago	$105 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	33 % de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura	33 % de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

** Las insulinas seleccionadas están marcadas con el símbolo SI en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (la "Ayuda Adicional").

^ 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 pueda 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, vea 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 algunos 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.)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 $4,660, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los $7,400.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el Nivel 3 (solo insulinas seleccionadas) 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 $7,400, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, vea el formulario del plan. Durante esta etapa, sus costos de bolsillo por los medicamentos del Nivel 3 (insulinas seleccionadas) serán de $25 por un suministro para un mes (30 días) y de $75 por un suministro a largo plazo (90 días).
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los $7,400, deberá pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): • el 5 % del costo, o • $4.15 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y $10.35 de copago por todos los demás medicamentos. (Esta etapa le brinda **protección** para que no pague costos adicionales 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 por un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo de envío por correo estándar. Después de inscribirse en su plan de Medicare de Blue Shield, puede iniciar sesión en su cuenta de miembro de Blue Shield of California en blueshieldca.com/login.

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*).

Planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Usted paga lo siguiente:

	Plan dental HMO suplementario opcional	Plan dental PPO suplementario opcional	
	Dentistas participantes únicamente	**Dentistas participantes**	**Dentistas no participantes**
Prima mensual del plan dental suplementario opcional	$12.50	$42.30	
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 brinda 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 debe pagar las cantidades que superen los $1,000. Si se inscribió en el plan dental PPO suplementario opcional y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista.

Planes dentales HMO y PPO suplementarios opcionales (cont.)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	Plan dental HMO suplementario opcional	Plan dental PPO suplementario opcional	
	Dentistas participantes únicamente	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Resumen de servicios cubiertos (código ADA)†			
	Usted paga	**Usted paga**	**Usted paga**
Servicios de diagnóstico			
Examen bucodental completo (D0150)	$5 de copago (2 visitas en 12 meses)	0 % (2 visitas en 12 meses)	20 % (2 visitas en 12 meses)
Radiografías completas (D0210)	$0 de copago (1 serie cada 24 meses)	0 % (1 serie cada 36 meses)	20 % (1 serie cada 36 meses)
Atención preventiva			
Profilaxis para adultos (D1110)	$5 de copago (1 limpieza cada 6 meses)	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)	$11 de copago	20 %	30 %
Corona (porcelana fundida con metal noble) (D2750)	$275 de copago‡	50 %	50 %
Periodoncia	**Para el plan dental HMO suplementario opcional, su copago será más alto si estos servicios se los brinda un especialista.**		
Raspado periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante (D4341)	$45 de copago	50 %	50 %
Endodoncia	**Para el plan dental HMO suplementario opcional, su copago será más alto si estos servicios se los brinda un especialista.**		
Tratamiento de conducto radicular anterior (D3310)	$195 de copago	50 %	50 %
Tratamiento de molares (D3330)	$335 de copago	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 ayudar

Llame a 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 es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 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.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.
La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MA043-SOB-LOS-1022