



Resumen de beneficios para 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)

Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage
para el condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Resumen de beneficios para 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)

Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

La información de beneficios que brindamos no enumera 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)** en blueshieldca.com/MAPDdocuments2026 o llame al Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico (PT), los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web a más tardar el 15 de octubre de 2025.**

Blue Shield 65 Plus (HMO) incluye la cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, para que tenga la comodidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos recetados cubiertas con un mismo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield 65 Plus (HMO)** debe ser elegible para la Parte A y la Parte B de Medicare, vivir permanentemente en el área de servicio del plan y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos. **Nuestra área de servicio incluye el condado de San Bernardino.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede acceder a ella en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you u obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Puede consultar el **Directorio de proveedores** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medicare/providerdirectory.

Puede consultar el **Directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medformulary2026.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web, blueshieldca.com/medformulary2026.

Resumen de beneficios

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios		Usted paga
	Prima mensual del plan Si corresponde, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan.	\$0
	Deducible del plan de salud	\$0
	Monto máximo que paga de su bolsillo por año No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Es el máximo que pagaría al año por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que se encuentren dentro de la red.	\$2,900
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red.	\$50 por día para los días 1 a 5 \$0 por día para los días 6 en adelante
	Servicios hospitalarios ambulatorios* Servicios en un departamento de emergencias o clínica de pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.	
	• Centro hospitalario para pacientes ambulatorios	\$250
	• Servicios de observación	\$0
	• Visita a la sala de emergencias Se bonifica si le ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición.	\$150
	Cirugía para paciente ambulatorio*	
	• Centro quirúrgico ambulatorio	\$100
	• Centro hospitalario para pacientes ambulatorios	\$250

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en blueshieldca.com/MAPDocuments2026.

Resumen de beneficios (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios		Usted paga
	Consultas médicas	
	• Médico de atención primaria	\$0
	• Especialistas*	\$0
	Atención preventiva Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tiene cobertura.	\$0
	Atención de emergencia • Cobertura en todo el mundo Este copago está bonificado si le ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición. Límite anual combinado de \$50,000 para atención de emergencia o servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	\$150
	Servicios de atención de urgencia • Cobertura en todo el mundo Estos copagos se eximirán si le ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición. Límite anual combinado de \$50,000 para servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
	- Centro de atención médica de urgencia de la red dentro del área de servicio del plan	\$0
	- Centro de atención médica de urgencia fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios	\$0
	- Sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios	\$150
	- Sala de emergencias o centro de atención médica de urgencia que se encuentre fuera de los Estados Unidos y sus territorios	\$150

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en blueshieldca.com/MAPDocuments2026.

Resumen de beneficios (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios		Usted paga
	Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imagenología*	
	• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, etc.) Cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare.	\$20
	• Servicios de laboratorio	\$0
	• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0
	• Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0
	• Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer)	Coseguro de 20 %
	Servicios relacionados con la audición	
	• Examen de audición (cubierto por Medicare)*	\$0
	• Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)	No cubierto
	Audífonos	No cubierto

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en [blueshieldca.com/MAPDdocuments2026](https://www.blueshieldca.com/MAPDdocuments2026).

Resumen de beneficios (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios		Usted paga
	Servicios dentales (cubiertos por Medicare)*	
	• Prestados por su PCP	\$0
	• Prestados por un especialista	\$0
	Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)	
	• Limpieza dental Una limpieza cada 6 meses.	\$0
	• Radiografías dentales Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías completa cada 24 meses.	\$0 - \$10
	• Flúor Una visita cada 6 meses para el tratamiento con flúor.	\$5
	• Examen bucal El límite de frecuencia depende del servicio prestado.	\$0 - \$16
	Servicios de la vista	
	• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista*	\$0
	• Examen de la vista y refracción de rutina (no cubiertos por Medicare) Un examen por año - limitación de proveedores de la red.	\$0
	• Marcos para anteojos Asignación de \$220 cada 2 años – limitación de proveedores de la red.	\$20
	• Lentes para anteojos o lentes de contacto Asignación de \$220 para lentes de contacto cada 2 años – limitación de proveedores de la red.	\$20
Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.		

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en blueshieldca.com/MAPDdocuments2026.

Resumen de beneficios (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios		Usted paga
	Servicios de salud mental* Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (por cada estadía cubierta por Medicare para los días 1 a 150) Si supera el límite de 150 días, será responsable de todos los costos.	\$900
	• Visita de terapia individual ambulatoria	\$30
	• Visita de terapia grupal ambulatoria	\$30
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare. Si supera el límite de 100 días, deberá hacerse cargo de todos los costos; no es necesario que haya tenido una hospitalización anterior con un proveedor de la red.	\$0 por día para los días 1 a 20 \$100 por día para los días 21 a 100
	Servicios de rehabilitación* Terapia ocupacional.	\$0
	• Fisioterapia	\$0
	• Terapia del habla y el lenguaje	\$0
	Servicios de ambulancia* Por viaje (cada tramo de ida o vuelta). Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare	\$275
	• Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare	Coseguro de 20 %
	Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	No cubierto
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* Los miembros pueden pagar un coseguro del 0 % al 20 % por ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, y esto puede cambiar cada trimestre, según lo dispongan los CMS. El copago de la insulina que obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debe superar los \$35 para un suministro de un mes.	Coseguro de 0 % a 20 %

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en
blueshieldca.com/MAPDdocuments2026.

Resumen de beneficios (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Beneficios		Usted paga
	Examen físico anual Uno cada 12 meses.	\$0
	Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides*	\$15
	Servicios de podiatría (atención de los pies)* • Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare*	\$0
	• Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)	No cubierto
	Suministros y servicios para la diabetes* • Monitores de glucosa en sangre ACCU-CHEK	\$0
	• Monitores continuos de glucosa Dexcom y Freestyle Libre	\$0
	• Monitores de glucosa en sangre y monitores continuos de glucosa de todos los demás fabricantes	Coseguro de 20 %
	• Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (excepto monitores de glucosa en sangre y monitores continuos de glucosa)	\$0
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)*	Coseguro de 20 %
	Dispositivos ortopédicos, prótesis y suministros relacionados* • Dispositivos protésicos y ortopédicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	Coseguro de 20 %
	• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos)	\$0
	Programas de salud y bienestar • Acceso básico al gimnasio a través de SilverSneakers®	\$0
	• NurseHelp 24/7 SM (apoyo telefónico y en línea)	\$0

* Es posible que deba pedir una autorización previa y/o una referencia de su proveedor.
Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la EOC en blueshieldca.com/MAPDocuments2026.

En vigencia del 1 de enero de 2026 al
31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapas de cobertura				
Etapas de cobertura	\$340 (el deducible no se aplica al Nivel 1 y al Nivel 2, a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el zóster, el tétanos y para viajes).			
Etapas de cobertura	Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)	Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^		
Etapas de cobertura	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días ^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días ^{NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$5	\$5
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$10	\$15	\$18	\$54
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro de 20 %	Coseguro de 20 %	Coseguro de 20 %	Coseguro de 20 %
Nivel 3: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 20 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 20 %, lo que sea menor	\$35 o un coseguro del 20 %, lo que sea menor	\$105 o un coseguro del 20 %, lo que sea menor
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

****** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo INS en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

[^] Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista de costos compartidos estándar dentro de la red.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 100 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D				
Nivel 4: insulinas cubiertas**	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$35 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor	\$105 o un coseguro del 25 %, el importe que sea menor
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	Coseguro del 29 %	No cubierto	Coseguro del 29 %	No cubierto
Etapa 3: cobertura de gastos excedentes	Una vez que los costos anuales de bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio) alcanzan los \$2,100, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. (Esta etapa le protege de cualquier costo adicional una vez que ha pagado sus costos anuales de bolsillo por los medicamentos).			
	Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.			
Servicio de entrega a domicilio				
Amazon Pharmacy es nuestro proveedor de servicios de entrega a domicilio de medicamentos recetados donde puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 100 días del Nivel 1 al Nivel 4 a un costo compartido más bajo. La entrega de su pedido no tiene cargo de envío. Consulte la EOC del plan para obtener más información.				
Los medicamentos del Nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días por servicio de entrega a domicilio.				
Farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos				
Es posible que pague menos si va a una de las farmacias de nuestra red que ofrecen costos compartidos preferidos. Las siguientes son algunas:				
• CVS pharmacy [‡] (incluidas las CVS pharmacy de Target)			(888) 607-4287 (TTY: 711)	
• Farmacias Safeway y Vons			(877) 723-3929 (TTY: 711)	
• Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco [‡]			(877) 276-9637 (TTY: 711)	
• Costco [‡]			(800) 955-2292 (TTY: 711)	
• Ralphs [‡] , Walmart [‡] y muchas más.				

[‡] Acepta receta electrónica.

No tiene que ser miembro de Costco para utilizar las farmacias Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, consulte la EOC del plan.

Plan dental HMO complementario opcional

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Plan dental HMO complementario opcional		Solo dentistas participantes
\$	Prima mensual del plan	\$16
	Deducible por año calendario	\$0
	Beneficio máximo por año calendario*	Ninguno
	Periodo de espera	Ninguno
Lista resumida de servicios cubiertos (código de la ADA) [†]		
🦷	Servicios de diagnóstico y preventivos	
	• Examen bucal (D0150)	\$5
	• Radiografías (D0210) Una serie cada 24 meses.	\$0
	• Limpieza dental (D1110) Una limpieza cada 6 meses.	\$0
	Servicios de restauración	
	• Corona (D2750) Una por año del plan, cada 5 años (diente exacto).	\$275 [‡]
	Periodoncia	
	• Limpieza profunda de cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) Una cada 12 meses, diente exacto.	\$45
	Endodoncia	
	• Tratamiento del conducto radicular (D3310) Uno de por vida (diente exacto).	\$195/\$268 [§]

* Si está inscripto/a en el plan dental HMO complementario opcional, a todos los servicios los debe prestar, recetar o autorizar su dentista de la red. Si necesita ver a un especialista, debe solicitar una referencia a su dentista primario para recibir los servicios especializados cubiertos. Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) en blueshieldca.com/MAPDdocuments2026.

† Los códigos de la ADA son códigos de procedimiento establecidos por la American Dental Association para fomentar la eficiencia en el procesamiento y la presentación de reclamos por servicios dentales.

‡ Usted paga el copago más el costo de los metales preciosos o semipreciosos. Las coronas de porcelana sobre molares no son un beneficio cubierto. Cuando un especialista está a cargo del servicio se aplica el copago más alto.

§ Cuando un especialista está a cargo del servicio se aplica el copago más alto.

Plan dental PPO complementario opcional

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Plan dental PPO complementario opcional		Dentistas participantes	Dentistas no participantes
\$	Prima mensual del plan	\$49	
	Deducible por año calendario No aplicable a servicios de diagnóstico y preventivos.	\$50	
Beneficio máximo por año calendario* Servicios dentales preventivos e integrales combinados cubiertos, sin importar si los servicios son prestados por un dentista general o un especialista dental participante. Usted paga cualquier importe que exceda el beneficio máximo de \$1,500 por año calendario para un dentista participante y cualquier importe que exceda el beneficio máximo de \$1,000 por año calendario para un dentista no participante.		\$1,500	\$1,000
Periodo de espera		Ninguno	

Lista resumida de servicios cubiertos (código de la ADA)[†]

	Servicios de diagnóstico y preventivos		
	• Examen bucal (D0150) Uno cada 6 meses.	Coseguro de 0 %	Coseguro de 20 %
	• Radiografías (D0210) Una serie cada 24 meses.	Coseguro de 0 %	Coseguro de 20 %
	• Limpieza dental (D1110) Una limpieza cada 6 meses.	Coseguro de 0 %	Coseguro de 20 %
Servicios de restauración			
• Corona (D2750) Una cada 5 años (diente exacto).		Coseguro de 50 %	
Periodoncia			
• Limpieza profunda de cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) Una cada 24 meses, diente exacto.		Coseguro de 50 %	
Endodoncia			
• Tratamiento del conducto radicular (D3310)		Coseguro de 50 %	

Plan dental PPO complementario opcional (continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Plan dental PPO complementario opcional		Dentistas participantes	Dentistas no participantes
	Servicios de implantes		
	• Servicios de implante (D6010) Uno de por vida.	Coseguro de 50 %	

*Si está inscrito/a en el plan dental PPO complementario opcional y necesita ver a un especialista, puede acudir directamente al especialista. Para obtener una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) en [blueshieldca.com/MAPDocuments2026](https://www.blueshieldca.com/MAPDocuments2026).

† Los códigos de la ADA son códigos de procedimiento establecidos por la American Dental Association para fomentar la eficiencia en el procesamiento y la presentación de reclamos por servicios dentales.

Estamos aquí para ayudarle.

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 534-4263 (TTY: 711)**
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

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.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye algunas farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en ciertos condados de California. Los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias podrían no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en su área, llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (PT), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en línea en **[blueshieldca.com/medpharmacy2026](https://www.blueshieldca.com/medpharmacy2026)**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de Blue Shield. Los miembros son responsables de pagar su parte del costo, según lo especificado en los detalles del plan de beneficios.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield 65 Plus (HMO) y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas registradas de BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and 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。