



Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Enhanced (HMO)

Plan de medicamentos recetados Medicare Advantage
para los condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

blueshieldca.com/medicare

H0504_23_367N_049_M_SP Accepted 09102023

Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Enhanced

Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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/MAPDdocuments2024 o llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466** [TTY: **711**], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web a más tardar el 15 de octubre de 2023.

Blue Shield Enhanced incluye la cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la comodidad de tener su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield Enhanced**, 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, los 7 días 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/medicare/providerdirectory.

El **Directorio de Farmacias** de nuestro plan está en nuestro sitio web: blueshieldca.com/medpharmacy2024.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2024.

Resumen de Beneficios

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$45.50	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible del plan de salud	\$0	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$1,200	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	\$250 de copago por admisión	Es posible que necesite una autorización previa y una referencia de su médico para la atención hospitalaria para pacientes internados. 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	\$200 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$0 de copago por los servicios de observación \$125 de copago por cada visita a una sala de emergencias (no se aplica si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día)	Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y los 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.
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$200 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico.
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.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Cobertura mundial 	\$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 le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.
Servicios urgentemente necesarios <ul style="list-style-type: none"> Cobertura mundial 	\$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	Estos copagos no se aplican si le admiten en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes <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 	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes. Con cobertura según las normas de Medicare.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes (cont.) <ul style="list-style-type: none"> 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 \$1,200 por año.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> Prueba de audición (cubierta por Medicare) Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare) Audífonos 	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita \$449 de copago por cada audífono con tecnología de nivel Silver o \$699 de copago por cada audífono con tecnología de nivel Gold	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición cubiertos por Medicare. 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. La cobertura está limitada a 2 audífonos por año.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	\$0 de copago por visita si se los brinda su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un especialista	
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> Profilaxis (limpieza) Radiografías dentales Tratamiento con fluoruro Examen bucodental 	\$5 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 a \$5 de copago, según el servicio	Una limpieza cada 6 meses. Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses. Sin límite de frecuencia. El límite de la frecuencia depende del servicio que se brinde. Vea la sección "Plan dental PPO suplementario opcional" para obtener más información sobre los servicios dentales a los que puede tener acceso por una prima adicional del plan.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
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 (no cubierto por Medicare) y refracción Armazones para anteojos Lentes para anteojos o lentes de contacto 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Nuestro plan paga un par de armazones para anteojos (de un precio regular al por menor de hasta \$440) cada 24 meses cuando se obtiene de un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p> <p>Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados (sin importar el aumento o el tamaño), lentes progresivos O lentes de contacto (de hasta \$440 por los materiales y el servicio para lentes de contacto) cada 12 meses cuando se obtienen de un proveedor de la red. Se incluye cobertura parcial si visita proveedores que no son de la red; vea la EOC del plan para obtener más detalles.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios 	<p>\$900 de copago por estadía cubierta por Medicare para los días del 1 al 150</p> <p>\$30 de copago por visita</p> <p>\$30 de copago por visita</p>	<p>Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su médico para los servicios de salud mental.</p> <p>Si supera el límite de 150 días, deberá pagar todos los costos. Vea la EOC para obtener más información.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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 \$75 de copago por día para los días del 21 al 100	Es posible que necesite una referencia y una autorización previa 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 visita un proveedor de la red.
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla y del lenguaje	\$0 de copago por visita \$0 de copago por visita \$0 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico para los servicios de rehabilitación.
Servicios de 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	
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	\$0 de copago	Se limita a 16 viajes en una sola dirección por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	0 % a 20 % de coseguro	Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B. Es posible que los miembros deban pagar entre 0 % y 20 % de coseguro por algunos medicamentos de la Parte B de Medicare, lo cual puede cambiar cada trimestre según lo que establezcan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). La insulina que se obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debe superar un copago de \$35 por un suministro para un mes.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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	Es posible que necesite una referencia y una autorización previa de su médico para los servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides.
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) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies • Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare) 	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago por cada visita de rutina (no cubierta por Medicare)	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies cubiertos por Medicare.
Servicios y suministros para la diabetes <ul style="list-style-type: none"> • 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)	Es posible que necesite una autorización previa del plan para los servicios y suministros para la diabetes (incluidos los medidores de azúcar en la sangre). Vea la EOC del plan para obtener más información.
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	Es posible que necesite una autorización previa del plan para los DME. Vea la EOC del plan para obtener más información.

Resumen de Beneficios (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
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	Es posible que necesite una autorización previa de su médico para las prótesis y los suministros médicos.
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 (ayuda por teléfono y por Internet) • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alertas médicas las 24 horas, los 7 días de la semana) 	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	\$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.

Cobertura de medicamentos recetados

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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 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	\$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 cubiertas**	\$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 4: Insulinas cubiertas**	\$35 de copago	\$105 de copago	Sin cobertura	\$35 de copago	\$105 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 cubiertas están marcadas con el símbolo INS 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 ("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. En algunas situaciones específicas, es posible que obtenga 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. Vea la EOC del plan para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio.

* 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 Algunos medicamentos no tienen un suministro a largo plazo disponible (de hasta 90 o 100 días). Los medicamentos que no tienen disponible un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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 \$5,030, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$8,000.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), el Nivel 2 (medicamentos genéricos), el Nivel 3 (insulinas cubiertas) y el Nivel 4 (insulinas cubiertas) 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 \$8,000, 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.
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 \$8,000, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. En el caso de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago correspondiente al Nivel 2 (medicamentos genéricos) que se indica en el cuadro de arriba. (Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

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 Servicio al Cliente para obtener más información.

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 compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo por envío estándar. Vea la EOC del plan para obtener más información.

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. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

[‡] Aceptan recetas enviadas de manera electrónica (*e-prescribing*).

Plan dental PPO suplementario opcional

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Usted paga lo siguiente:

	Plan dental PPO suplementario opcional	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Prima mensual del plan dental suplementario opcional	\$45.00	
Deducible por año calendario (no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	Usted paga \$50 antes de que empiece a tener cobertura para los servicios mayores.	
Cantidad máxima de beneficios por año calendario	<p>\$1,500 para los servicios dentales preventivos y completos cubiertos combinados, sin importar si los brinda un dentista general participante o un especialista dental.</p> <p>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.</p> <p>Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de \$1,500.</p>	
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.

Plan dental PPO suplementario opcional (cont.)

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

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

	Plan dental PPO suplementario opcional	
	Dentistas participantes	Dentistas no participantes
Resumen de servicios cubiertos (código ADA)[†]		
	Usted paga	Usted paga
Servicios de diagnóstico		
Examen bucodental completo (D0150)	0 % de coseguro (1 visita cada 6 meses)	20 % de coseguro (1 visita cada 6 meses)
Radiografías completas (D0210)	0 % de coseguro (1 serie cada 24 meses)	20 % de coseguro (1 serie cada 24 meses)
Atención preventiva		
Profilaxis para adultos (D1110)	0 % de coseguro (1 limpieza cada 6 meses)	20 % de coseguro (1 limpieza cada 6 meses)
Servicios de restauración		
Restauración con resina compuesta en una superficie, región anterior (D2330)	20 % de coseguro	30 % de coseguro
Corona (porcelana fundida con metal noble) (D2750)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Periodoncia		
Raspado periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante (D4341)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Endodoncia		
Tratamiento de conducto radicular anterior (D3310)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Colocación quirúrgica del cuerpo de un implante: implante endóstico (D6010)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Tratamiento de molares (D3330)	50 % de coseguro	50 % de coseguro

[†] 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.

Estamos aquí para ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 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.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield Enhanced y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas 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。