



---

# Resumen de beneficios 2025

## 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 2025 al 31 de diciembre de 2025

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

H0504\_24\_427E\_017\_SP\_M Accepted 09142024

# Resumen de Beneficios 2025

## Blue Shield 65 Plus (HMO)

### Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

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/MAPDdocuments2025](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2025) o llamando a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web antes del 15 de octubre de 2024.**

**Blue Shield 65 Plus** incluye 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** debe ser elegible para 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 San Bernardino.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede verla en línea en [www.medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) o solicitar 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](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory).

Puede consultar el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: [blueshieldca.com/medpharmacy2025](https://blueshieldca.com/medpharmacy2025).

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web en [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).

# Resumen de beneficios

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga   | Lo que debe saber  |
|--|--|--|
| <b>Prima mensual del plan</b>  | \$0  | Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.   |
| <b>Deducible del plan de salud</b>   | \$0  |  |
| <b>Importe máximo de gastos de bolsillo por año</b>  | \$2,900  | No incluye medicamentos recetados de la Parte D. Este es el máximo que pagaría durante el año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare dentro de la red.   |
| <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>   | Copago de \$0 por cada internación   | Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.<br>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital de la red.   |
| <b>Servicios ambulatorios de hospital</b><br>• Servicios de un departamento de emergencias o una clínica de atención ambulatoria, como cirugías ambulatorias o permanecer como paciente en observación | Copago de \$150 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios<br>Copago de \$0 si permanece en observación<br>Copago de \$140 por cada visita a una sala de emergencias (bonificado si lo ingresan en el hospital en un plazo de un día por la misma condición) | Es posible que necesite autorización previa y/o una referencia de su proveedor.<br>Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital con fines de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. |
| <b>Cirugía ambulatoria</b>   | Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio<br>Copago de \$150 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios   | Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.  |
| <b>Consultas médicas</b><br>• Médico de atención primaria<br>• Especialistas   | Copago de \$0 por visita<br>Copago de \$0 por visita   | Es posible que necesite una referencia de su proveedor para las visitas a especialistas.   |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga   | Lo que debe saber  |
|--|--|--|
| <b>Atención preventiva</b>   | Copago de \$0  | Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tiene cobertura.       |
| <b>Atención de emergencia</b><br>• Cobertura en todo el mundo            | Copago de \$140 por visita<br>Límite anual combinado de \$50,000 para atención de emergencia o servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios   | Este copago está bonificado si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición.     |
| <b>Servicios de atención de urgencia</b><br>• Cobertura en todo el mundo | Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia de la red dentro del área de servicio del plan<br>Copago de \$5 por cada visita a un centro de atención médica de urgencia fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios<br>Copago de \$140 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios<br>Copago de \$140 por cada visita a una sala de emergencias o centro de atención médica de urgencia que esté fuera de los Estados Unidos y sus territorios<br>Límite anual combinado de \$50,000 para atención de emergencia o servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios | Estos copagos están bonificados si lo ingresan en el hospital dentro del plazo de un día por la misma condición. |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga   | Lo que debe saber   |
|--|--|---|
| <p><b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imagenología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, etc.)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer)</li> </ul> | <p>Copago de \$15 por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Coseguro de 20% por cada servicio de radiología terapéutica</p> | <p>Es posible que necesite autorización previa y/o una referencia de su proveedor.</p> <p>Cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Si bien usted paga un coseguro de 20% por los servicios de radiología terapéutica, nunca pagará más de su máximo total de bolsillo de \$2,900 correspondiente al año.</p> |
| <p><b>Servicios relacionados con la audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición (cubierto por Medicare)</li> <li>• Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)</li> </ul>   | <p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p>  | <p>Es posible que necesite una referencia de su proveedor.</p>  |
| <p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p>  | <p>Copago de \$0 por visita con su PCP o un especialista</p>   | <p>Es posible que necesite una referencia de su proveedor.</p>  |
| <p><b>Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza de dientes</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Flúor</li> </ul>   | <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 a \$10, según el servicio prestado</p> <p>Copago de \$5</p>  | <p>Una limpieza cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías completa cada 24 meses.</p> <p>Un tratamiento con flúor cada 6 meses.</p>   |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga   | Lo que debe saber  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Examen bucal</li></ul>   | Copago de \$0 a \$16, según el servicio prestado   | El límite de frecuencia depende del servicio prestado. Consulte la sección "Planes dentales HMO y PPO complementarios opcionales" para obtener más información sobre los servicios dentales por una prima adicional del plan.  |
| <b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Examen de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos</li><li>Examen de la vista y refracción de rutina (no cubiertos por Medicare)</li><li>Marcos para anteojos</li><li>Lentes de anteojos o lentes de contacto</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare</li><li>Copago de \$0 por visita</li><li>Copago de \$20</li><li>Copago de \$20</li></ul> | <p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red. Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p> <p>Nuestro plan paga un par de marcos de anteojos (con un precio de hasta \$190 de valor minorista regular) cada 24 meses si lo obtiene de un proveedor de la red. Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p> <p>Nuestro plan paga un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del tamaño o la graduación) O lentes de contacto (con un precio de hasta \$190 por el servicio y los materiales de lentes de contacto) cada 12 meses si los obtiene de un proveedor de la red. Incluye cierta cobertura con proveedores fuera de la red; consulte los detalles en la EOC del plan.</p> |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga  | Lo que debe saber   |
|--|---|---|
| <b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</li> <li>• Visita individual de terapia ambulatoria</li> <li>• Visita de terapia grupal ambulatoria</li> </ul> | <p>Copago de \$900 por día de estadía cubierto por Medicare para los días 1 a 150</p> <p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Copago de \$30 por visita</p>   | <p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>Si supera el límite de 150 días, deberá hacerse cargo de todos los costos. Consulte la EOC para más información.</p>  |
| <b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>   | <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$100 por día para los días 21 a 100</p>   | <p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p> <p>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.</p> |
| <b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y el lenguaje</li> </ul>  | <p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Copago de \$0 por visita</p>   | <p>Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.</p>  |
| <b>Servicios de ambulancia</b>   | <p>Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: Copago de \$250 por viaje (cada tramo de ida o vuelta)</p> <p>Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: Coseguro de 20% por viaje (cada tramo de ida o vuelta)</p> | <p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p>   |
| <b>Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)</b>   | <p>No cubierto</p>  |   |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios                                     | Usted paga           | Lo que debe saber   |
|---|----------------------|---|
| <b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b> | Coseguro de 0% a 20% | <p>Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.</p> <p>Los miembros pueden pagar un coseguro de 0% a 20% por ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, y esto puede cambiar cada trimestre, según lo dispongan los CMS.</p> <p>El copago de la insulina que obtiene a través de la Parte B (cuando se administra con una bomba de insulina) no debería superar los \$35 para un suministro de un mes.</p> |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

## Beneficios adicionales incluidos en su plan

| Primas y beneficios  | Usted paga   | Lo que debe saber   |
|--|--|---|
| <b>Examen físico anual</b>   | Copago de \$0  | Uno cada 12 meses.  |
| <b>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</b>   | Copago de \$0  | Es posible que necesite autorización previa y una referencia de su proveedor.   |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b><br>• Exámenes y tratamiento para los pies  | Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare  | Es posible que necesite una referencia de su proveedor.   |
| <b>Suministros y servicios para la diabetes</b><br>• Monitores de glucosa en sangre<br><br>• Capacitación para aprender a manejar su diabetes, servicios y suministros para la diabetes  | Copago de \$0 para los monitores de glucosa en sangre ACCU-CHEK y coseguro de 20% para los monitores de glucosa en sangre de todos los demás fabricantes<br><br>Copago de \$0 por toda la capacitación, los servicios y los suministros, excepto los monitores de glucosa en sangre (consulte "Monitores de glucosa en sangre" arriba) | Es posible que necesite autorización previa y/o una referencia de su proveedor.<br><br>Consulte la EOC del plan para obtener más información. |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b><br>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)   | Coseguro de 20%  | Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.<br><br>Consulte la EOC del plan para obtener más información.                    |
| <b>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</b><br>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)<br>• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos) | Coseguro de 20%<br><br>Copago de \$0   | Es posible que necesite autorización previa de su proveedor.  |

# Resumen de beneficios (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

| Primas y beneficios  | Usted paga                         | Lo que debe saber |
|--|------------------------------------|-------------------|
| <b>Programas de salud y bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso básico al gimnasio a través de SilverSneakers®</li><li>• NurseHelp 24/7<sup>SM</sup> (asistencia telefónica y en línea)</li></ul> | Copago de \$0<br><br>Copago de \$0 |                   |

# Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

## Usted paga lo siguiente:

| Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| Etapa 1:<br>etapa del<br>deducible anual          | Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.              |  |  |  |
| Etapa 2:<br>etapa de<br>cobertura inicial         | Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red) |  | Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^ |  |
|   | Suministro para 30 días                                       | Suministro para 100 días <sup>*NDS</sup> | Suministro para 30 días                                      | Suministro para 100 días <sup>*NDS</sup> |
| Nivel 1:<br>medicamentos genéricos preferidos     | Copago de \$0   | Copago de \$0                            | Copago de \$5  | Copago de \$5                            |
| Nivel 2:<br>medicamentos genéricos                | Copago de \$10  | Copago de \$15                           | Copago de \$18   | Copago de \$54                           |
| Nivel 3:<br>medicamentos de marca preferidos      | Copago de \$40  | Copago de \$100                          | Copago de \$47   | Copago de \$141                          |

^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.

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

\*El costo compartido del suministro para 100 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

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

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

(continuación)

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

|   |                 |                    |                 |                 |
|---|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Nivel 3:<br/>insulinas cubiertas**</b>                   | Copago de \$35  | Copago de \$100    | Copago de \$35  | Copago de \$105 |
| <b>Nivel 4:<br/>medicamentos no<br/>preferidos</b>          | Copago de \$95  | Copago de \$237.50 | Copago de \$100 | Copago de \$300 |
| <b>Nivel 4:<br/>insulinas cubiertas**</b>                   | Copago de \$35  | Copago de \$105    | Copago de \$35  | Copago de \$105 |
| <b>Nivel 5:<br/>medicamentos de<br/>nivel especializado</b> | Coseguro de 33% | No cubierto        | Coseguro de 33% | No cubierto     |

\*\* 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").

# Planes HMO y PPO dentales complementarios opcionales

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

## Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

### 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 \$2,000, 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 solicitar más información.

## Servicio de entrega a domicilio

Amazon Pharmacy es nuestro servicio de entrega a domicilio de la red donde puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 100 días. 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/farmacia<sup>†</sup> (incluida la farmacia CVS en Target) **(888) 607-4287 (TTY: 711)**
- Farmacias Safeway y Vons<sup>†</sup> **(877) 723-3929 (TTY: 711)**
- Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco<sup>†</sup> **(877) 276-9637 (TTY: 711)**
- Costco<sup>†</sup> **(800) 955-2292 (TTY: 711)**
- Ralphs<sup>†</sup>, Walmart<sup>†</sup> y muchas más.

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

<sup>†</sup>Acepta receta electrónica

# Planes HMO y PPO dentales complementarios opcionales (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

## Usted paga lo siguiente:

|   | Plan dental HMO complementario opcional | Plan dental PPO complementario opcional   |                            |
|---|---|---|----------------------------|
|   | Solo dentistas participantes            | Dentistas participantes   | Dentistas no participantes |
| <b>Prima mensual del plan dental complementario opcional</b>                                | \$16.00                                 | \$47.00   |                            |
| <b>Deducible por año calendario (no aplicable a servicios de diagnóstico y preventivos)</b> | \$0                                     | Usted paga \$50 antes de que comience la cobertura de los servicios principales.  |                            |
| <b>Beneficio máximo por año calendario*</b>   | No                                      | <p>\$1,500 por 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.</p> <p>De este monto máximo, se pueden usar hasta \$1,000 para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos prestados por dentistas no participantes en un año calendario. Usted paga cualquier importe que exceda el beneficio máximo de \$1,000 por año calendario.</p> |                            |
| <b>Periodo de espera</b>  | Sin periodo de espera                   | Sin periodo de espera   |                            |

\*Todos los servicios deben ser prestados, recetados o autorizados por su dentista de la red para todos los miembros inscritos en el plan dental HMO complementario opcional. Si necesita ver a un especialista, debe solicitar una referencia a su dentista primario para recibir los servicios especializados cubiertos. Si está inscrito en el plan dental PPO complementario opcional y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista. Consulte la EOC del plan para obtener más información.

# Planes HMO y PPO dentales complementarios opcionales (continuación)

Blue Shield 65 Plus (HMO)  
Condado de San Bernardino

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

|   | Plan dental HMO complementario opcional  | Plan dental PPO complementario opcional            |  |
|---|--|--|--|
|   | Solo dentistas participantes   | Dentistas participantes                            | Dentistas no participantes                         |
| <b>Lista resumida de servicios cubiertos (código de la ADA)<sup>†</sup></b> |  |  |  |
|   | Usted paga   | Usted paga   | Usted paga   |
| <b>Servicios de diagnóstico y preventivos</b>                               |  |  |  |
| <b>Examen oral (D0150)</b>  | Copago de \$5  | Coseguro de 0% (uno cada 6 meses)                  | Coseguro de 20% (uno cada 6 meses)                 |
| <b>Radiografías (D0210)</b>   | Copago de \$0 (una serie cada 24 meses)  | Coseguro de 0% (una serie cada 24 meses)           | Coseguro de 20% (una serie cada 24 meses)          |
| <b>Limpieza de dientes (D1110)</b>  | Copago de \$5 (una limpieza cada 6 meses)                                      | Coseguro de 0% (una limpieza cada 6 meses)         | Coseguro de 20% (una limpieza cada 6 meses)        |
| <b>Servicios de restauración</b>  |  |  |  |
| <b>Corona (D2750)</b>   | Copago de \$275 <sup>‡</sup> (una por año del plan, diente exacto cada 5 años) | Coseguro de 50% (una cada 5 años, diente exacto)   | Coseguro de 50% (una cada 5 años, diente exacto)   |
| <b>Periodoncia</b>  |  |  |  |
| <b>Limpieza profunda de cuatro o más dientes, por cuadrante (D4341)</b>     | Copago de \$45 (una cada 12 meses, diente exacto)                              | Coseguro de 50% (una cada 24 meses, diente exacto) | Coseguro de 50% (una cada 24 meses, diente exacto) |
| <b>Endodoncia</b>   |  |  |  |
| <b>Tratamiento de conducto radicular (D3310)</b>                            | Copago de \$195/\$268* (uno de por vida, diente exacto)                        | Coseguro de 50%                                    | Coseguro de 50%                                    |
| <b>Servicios de implantes</b>   |  |  |  |
| <b>Servicios de implantes (D6010)</b>                                       | No cubierto  | Coseguro de 50% (uno de por vida)                  | Coseguro de 50% (uno de por vida)                  |

<sup>†</sup> 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.

<sup>‡</sup> 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 el procedimiento está a cargo de un especialista, se aplica el copago más alto.

## 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 con precios más bajos y costos compartidos preferidos en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén 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., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en línea en **[blueshieldca.com/medpharmacy2025](https://blueshieldca.com/medpharmacy2025)**.

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.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield 65 Plus y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield (escudo) son marcas comerciales registradas de 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。