Resumen de Beneficios para 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)

Plan de medicamentos recetados Medicare Advantage para el condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

blueshieldca.com/medicare

H0504_26_136A_PRO_017_M Accepted 08272026

Resumen de Beneficios para 2027
Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Esta información de beneficios no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la ***Evidencia de Cobertura*** **(EOC, por sus siglas en inglés)** en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027** o llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web a más tardar el 15 de octubre de 2026.

Blue Shield 65 Plus 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 65 Plus**, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, vivir de forma permanente en el área de servicio del plan y ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible.
Nuestra área de servicio incluye el condado de San Bernardino.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el folleto ***"Medicare & You"*** (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en **www.medicare.gov/medicare-and-you** o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete 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/medpharmacy2027**.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web **blueshieldca.com/medformulary2027**.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios	Usted paga
Prima mensual del plan Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan.	$0
Deducible del plan de salud	$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo por año 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.	$2,550
Atención hospitalaria para pacientes internados* Por cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red.	$50 por día para los días del 1 al 5 $0 por día para los días del 6 en adelante
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.	
• Hospital para pacientes ambulatorios	$225
• Servicios de observación	$0
• Visita a una sala de emergencias No se aplica si es admitido en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.	$150
Cirugía para pacientes ambulatorios*	
• Centro quirúrgico ambulatorio	$75
• Hospital para pacientes ambulatorios	$225

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.
Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios	Usted paga
Visitas al médico	
• Médico de atención primaria	$0
• Especialistas*	$0
Atención preventiva Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.	$0
Atención de emergencia	
• Cobertura mundial Este copago no se aplica si es admitido en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Límite anual combinado de $50,000 para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	$150
Servicios urgentemente necesarios	
• Cobertura mundial Estos copagos no se aplican si es admitido en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Límite anual combinado de $50,000 para la atención de emergencia cubierta o los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.	
- Centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio del plan	$0
- Centro de atención urgente 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 urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios	$150

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.

Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios	Usted paga
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, respectivamente, por sus siglas en inglés], etc.) Con cobertura según las normas de Medicare.	$20
• Servicios de laboratorio	$0
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico	$0
• Radiografías para pacientes ambulatorios	$0
• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer)	20 % de coseguro
Servicios de audición	
• Prueba de audición (cubierta por Medicare)*	$0
• Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare)	Sin cobertura
Audífonos	Sin cobertura

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.
Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios	Usted paga
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)*	
• Brindados por su médico de atención primaria	$0
• Brindados por un especialista	$0
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)	
• Limpieza dental (profilaxis) Dos limpiezas cada 12 meses.	$0
• Radiografías dentales Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses.	$0-$10
• Tratamiento con flúor Una visita cada 6 meses.	$5
• Examen bucodental El límite de la frecuencia depende del servicio que se brinde.	$0-$16
Servicios de la vista	
• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos*	$0
• Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) y refracción Un examen por año.	$0
• Armazones para anteojos Asignación de **$175** cada **2** años.	$20
• Lentes para anteojos o lentes de contacto Asignación de **$175** cada **2** años para lentes de contacto.	$20
Servicios de salud mental*	
• Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (por cada estadía cubierta por Medicare, para los días del 1 al 150) Si supera el límite de 150 días, deberá pagar todos los costos.	$900
• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	$30
• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios	$30

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.
Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Primas y beneficios	Usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)* Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare. Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos. No se exige una hospitalización previa si recibe atención de un proveedor de la red.	$0 por día para los días del 1 al 20 $100 por día para los días del 21 al 100
Servicios de rehabilitación*	
• Terapia ocupacional	$0
• Terapia física	$0
• Terapia del habla y del lenguaje	$0
Servicios de ambulancia* Por viaje (en una sola dirección).	
• Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare	$275
• Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare	20 % de coseguro
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	Sin cobertura
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* Es posible que los miembros deban pagar entre 0 % y 20 % de coseguro por algunos medicamentos de la Parte B de Medicare. Esto 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 usa con una bomba de insulina) no debe superar un copago de $35 por un suministro para un mes.	0 % a 20 % de coseguro

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.
Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Beneficios	Usted paga
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides*	$15
Servicios de podología (atención de los pies)*	
• Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare*	$0
• Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare)	Sin cobertura
Servicios y suministros para la diabetes*	
• Medidores de azúcar en la sangre ACCU-CHEK	$0
• Medidores continuos de glucosa Dexcom y Freestyle Libre	$0
• Medidores de azúcar en la sangre y medidores continuos de glucosa de todos los demás fabricantes	20 % de coseguro
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes (excepto los medidores de azúcar en la sangre y los medidores continuos de glucosa)	$0
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)*	20 % de coseguro
Prótesis, dispositivos ortóticos y suministros relacionados*	
• Prótesis y dispositivos ortóticos (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales)	20 % de coseguro
• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos)	$0
Programas para la salud y el bienestar	
• Acceso básico a un gimnasio por medio de SilverSneakers	$0
• NurseHelp 24/7℠ (ayuda por teléfono y por Internet)	$0

* Es posible que necesite una referencia y/o una autorización previa de su proveedor.
Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Cobertura de medicamentos recetados

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D				
Etapa 1: Deducible anual	$390 (El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 1 y el Nivel 2, ni a las insulinas cubiertas, ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para viajeros).			
Etapa 2: 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 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	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro
Nivel 3: Insulinas cubiertas**	$35 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4: Insulinas cubiertas**	$35 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$35 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	29 % de coseguro	Sin cobertura	29 % de coseguro	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 de ayuda adicional que les ayude a pagar sus medicamentos ("Extra Help").

^ 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.

NDS Algunos medicamentos no tienen disponible un suministro a largo plazo (para un máximo de 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 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 3: 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 de envío al hogar) alcancen los $2,400, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. (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.

Servicio de envío al hogar

Amazon Pharmacy es nuestro proveedor de servicios de envío de medicamentos recetados al hogar. Usted puede obtener un suministro para 100 días de medicamentos de mantenimiento del Nivel 1 al Nivel 4 por un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido sin ningún costo de envío. Consulte 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 de envío al hogar.

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 de CVS en 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

‡ Aceptan recetas enviadas de manera electrónica.

No es necesario ser miembro de Costco para usar las farmacias de Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

Plan dental HMO suplementario opcional

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Usted paga lo siguiente

Plan dental HMO suplementario opcional	Dentistas participantes únicamente
Prima mensual del plan	$16.20
Deducible por año calendario	$0
Cantidad máxima de beneficios por año calendario*	Ninguna
Período de espera	Ninguno
Resumen de los servicios cubiertos (código ADA)†	
Servicios preventivos y de diagnóstico	
• Examen bucodental (D0150)	$5
• Radiografías dentales (D0210) Una serie cada 24 meses.	$0
• Limpieza dental (D1110) Una limpieza cada 6 meses.	$5
Servicios de restauración	
• Corona (D2750) Una por año del plan, cada 5 años (para un diente específico).	$275‡
Periodoncia	
• Limpieza profunda de cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) Una cada 12 meses (para un diente específico).	$45
Endodoncia	
• Tratamiento de conducto radicular (D3310) Uno durante la membresía (para un diente específico).	$195/$268§

* Si usted está inscrito en el plan dental HMO suplementario opcional, su dentista de la red debe brindar, recetar o autorizar todos los servicios que reciba. Si necesita ver a un especialista, primero debe obtener una referencia de su dentista de atención primaria para recibir los servicios cubiertos de especialistas. Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

† Los códigos ADA son códigos de procedimientos establecidos por la American Dental Association (Asociación Dental Estadounidense) para procesar e informar de manera eficaz las reclamaciones dentales.

‡ Usted paga el copago, más el costo de los metales preciosos o semipreciosos. Las coronas molares de porcelana no son un beneficio cubierto.

§ Se aplica el copago más alto cuando un especialista brinda el servicio.

Plan dental suplementario opcional "solo dentro de la red" (INO)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Plan dental INO suplementario opcional	Dentistas participantes
Prima mensual del plan	$49
Deducible por año calendario No se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico.	$50
Cantidad máxima de beneficios por año calendario* Se combinan los servicios dentales preventivos y completos cubiertos, sin importar si los brinda un dentista general participante o un especialista dental. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de $1,500.	$1,500
Período de espera	Ninguno
Resumen de los servicios cubiertos (código ADA)†	
Servicios preventivos y de diagnóstico	
• Examen bucodental (D0150) Uno cada 6 meses.	0 % de coseguro
• Radiografías dentales (D0210) Una serie cada 24 meses.	0 % de coseguro
• Limpieza dental (D1110) Una limpieza cada 6 meses.	0 % de coseguro
Servicios de restauración	
• Corona (D2750) Una cada 5 años (para un diente específico).	50 % de coseguro
Periodoncia	
• Limpieza profunda de cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) Una cada 24 meses (para un diente específico).	50 % de coseguro

* Si se inscribió en el plan dental suplementario opcional "solo dentro de la red" (INO, por sus siglas en inglés) y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista. Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

† Los códigos ADA son códigos de procedimientos establecidos por la American Dental Association (Asociación Dental Estadounidense) para procesar e informar de manera eficaz las reclamaciones dentales.

Plan dental suplementario opcional "solo dentro de la red" (INO) (cont.)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield 65 Plus (HMO)
Condado de San Bernardino

Usted paga lo siguiente

Plan dental INO suplementario opcional	Dentistas participantes
Endodoncia	
• Tratamiento de conducto radicular (D3310)	50 % de coseguro
Servicios de implante	
• Servicios de implante (D6010) Uno durante la membresía.	50 % de coseguro

* Si se inscribió en el plan dental suplementario opcional "solo dentro de la red" (INO, por sus siglas en inglés) y necesita ver a un especialista, puede ir directamente al especialista. Para ver una lista completa de los servicios, las limitaciones o las exclusiones, consulte la EOC del plan en **blueshieldca.com/MAPDdocuments2027**.

† Los códigos ADA son códigos de procedimientos establecidos por la American Dental Association (Asociación Dental Estadounidense) para procesar e informar de manera eficaz las reclamaciones dentales.

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 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 una cantidad limitada de farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay en su área farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido, llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en **blueshieldca.com/medpharmacy2027**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para brindar servicios de envío de medicamentos recetados al hogar a los miembros de Blue Shield. Los miembros deben pagar la parte del costo que les corresponda, según se indica en los detalles de su plan de beneficios.

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 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 del escudo Shield son marcas 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。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MAD17-SOB-SB-SP-1026