



Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

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

Resumen de Beneficios para el año 2024

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced

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/PDPdocuments2024 o llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469** [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.**

Para inscribirse en **Blue Shield Rx Plus** o **Blue Shield Rx Enhanced**, debe tener derecho a recibir la Parte A y/o la Parte B de Medicare y vivir de forma permanente en el área de servicio del plan. **Nuestra área de servicio incluye el estado de California.**

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 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 de la cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Rx Plus |
Blue Shield Rx Enhanced
Estado de California

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

Prima mensual del plan, deducible y límites sobre lo que usted paga por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted paga lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus

Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)

Prima mensual del plan: \$168.90

Etapa 1: Etapa de deducible anual

\$545 (El deducible no se aplica a los medicamentos del Nivel 1, 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: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{NDS} |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$1 de copago | \$2 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$14 de copago | \$28 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$45 de copago | \$90 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$90 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 47 % de coseguro | 47 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 25 % de coseguro | Sin cobertura |

Blue Shield Rx Enhanced

Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)

Prima mensual del plan: \$188.40

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Esta etapa no se aplica porque no hay deducible para este plan.

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{NDS} |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$2 de copago | \$4 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$7 de copago | \$14 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$43 de copago | \$86 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$86 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 47 % de coseguro | 47 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33 % de coseguro | Sin cobertura |

** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo INS en nuestra lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que les ayude a pagar sus medicamentos (la "Ayuda Adicional").
^Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red por un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto.

Hay situaciones limitadas en las que tal vez pueda obtener un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto 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 Para algunos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Resumen de Beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Rx Plus |
Blue Shield Rx Enhanced
Estado de California

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

Blue Shield Rx Plus

Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)^

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{*NDS} |
|---|-------------------------|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$9 de copago | \$27 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$20 de copago | \$60 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$47 de copago | \$141 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 25 % de coseguro | Sin cobertura |

Blue Shield Rx Enhanced

Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)^

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{*NDS} |
|---|-------------------------|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$11 de copago | \$33 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$14 de copago | \$42 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$47 de copago | \$141 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | \$35 de copago | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33 % de coseguro | Sin cobertura |

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

^Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red por un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto.

Hay situaciones limitadas en las que tal vez pueda obtener un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto 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 Para algunos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Resumen de Beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Rx Plus |
Blue Shield Rx Enhanced
Estado de California

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

Blue Shield Rx Plus

Servicio por correo

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{*NDS} |
|---|-------------------------|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | Sin cobertura | \$2 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | Sin cobertura | \$28 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | Sin cobertura | \$90 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | Sin cobertura | \$90 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | Sin cobertura | 47 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | Sin cobertura | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 25 % de coseguro | Sin cobertura |

Blue Shield Rx Enhanced

Servicio por correo

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{*NDS} |
|---|-------------------------|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | Sin cobertura | \$4 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | Sin cobertura | \$14 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | Sin cobertura | \$86 de copago |
| Nivel 3: Insulinas cubiertas** | Sin cobertura | \$86 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | Sin cobertura | 47 % de coseguro |
| Nivel 4: Insulinas cubiertas** | Sin cobertura | \$105 de copago |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33 % de coseguro | Sin cobertura |

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

^Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo que en una farmacia al por menor de costo compartido estándar dentro de la red por un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto.

Hay situaciones limitadas en las que tal vez pueda obtener un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto 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 Para algunos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Resumen de Beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Rx Plus |
Blue Shield Rx Enhanced
Estado de California

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

| | |
|--|--|
| Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura | <p>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.</p> <p>Cuando está en la etapa de brecha de cobertura, el Nivel 3 (insulinas cubiertas) y el Nivel 4 (insulinas cubiertas) están cubiertos según los copagos que se indican arriba.</p> <p>Para todos los demás medicamentos recetados cubiertos, usted paga el 25 % del costo por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25 % del costo 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.</p> |
| Etapa 4: Cobertura para catástrofes | <p>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.</p> <p>(Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).</p> |

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*).

Estamos aquí para ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 292-7591** [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 PDP 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 un número limitado de farmacias de bajo costo con costo compartido preferido en algunos condados de California. Es posible que los costos bajos publicados en los materiales de nuestros planes para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red y saber si hay farmacias de bajo costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469** [TTY: **711**], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2024.

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。