

Resumen de Beneficios para el año 2019

Blue Shield Rx Plus (PDP)		Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
------------------------------	--	----------------------------------

Resumen de Beneficios para el año 2019

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Esta información no enumera todos los servicios que cubrimos, como tampoco todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) en blueshieldca.com/medPDP o llame a Servicio para Miembros al **(888) 239-6469** [TTY: **711**], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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

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 <http://www.medicare.gov>, o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, cualquier día 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 disponible en nuestro sitio web blueshieldca.com/med_pharmacy.

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

Resumen de Beneficios de la cobertura de medicamentos recetados

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos.

Usted paga lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus

Farmacia al por menor preferida

Prima mensual del plan: \$81.10

Etapa 1: Deducible anual por medicamentos recetados

\$415 (a excepción de los medicamentos enumerados en el Nivel 1 que están excluidos del deducible)

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacia al por menor preferida

Prima mensual del plan: \$117.80

Etapa 1: Deducible anual por medicamentos recetados

Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días		Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 de copago	\$4 de copago	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$4 de copago	\$8 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$6 de copago	\$12 de copago	Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$31 de copago	\$62 de copago	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$80 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	31% de coseguro	31% de coseguro	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	27% de coseguro	27% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos inyectables	25% de coseguro	25% de coseguro	Nivel 5: Medicamentos inyectables	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	25% de coseguro	No disponible	Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	33% de coseguro	No disponible

Blue Shield Rx Plus

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacia al por menor estándar

Farmacia al por menor estándar

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días		Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$8 de copago	\$24 de copago	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$13 de copago	\$39 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$15 de copago	\$45 de copago	Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$17 de copago	\$51 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$38 de copago	\$114 de copago	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	33% de coseguro	33% de coseguro	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	29% de coseguro	29% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos inyectables	25% de coseguro	25% de coseguro	Nivel 5: Medicamentos inyectables	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	25% de coseguro	No disponible	Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	33% de coseguro	No disponible

Blue Shield Rx Plus

Servicio por correo

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	No disponible	\$4 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	No disponible	\$12 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	No disponible	\$62 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	No disponible	31% de coseguro ^{NDS}
Nivel 5: Medicamentos inyectables	No disponible	25% de coseguro ^{NDS}
Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	25% de coseguro	No disponible

Blue Shield Rx Enhanced

Servicio por correo

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de pagar su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	No disponible	\$8 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	No disponible	\$20 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	No disponible	\$80 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	No disponible	27% de coseguro ^{NDS}
Nivel 5: Medicamentos inyectables	No disponible	25% de coseguro ^{NDS}
Nivel 6: Medicamentos de nivel especializado	33% de coseguro	No disponible

Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga el mismo costo compartido estándar de una farmacia al por menor.

Existen situaciones limitadas en las que puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que una farmacia al por menor de la red de costo compartido estándar.

NDS Para ciertos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (para hasta 90 días). **Para su protección**, limitamos la cantidad de ciertos medicamentos que se pueden suministrar a la vez. Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Etapa 3: 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 \$3,820, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$5,100. Usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una porción de la tarifa por prescripción) y el 37% del precio por los medicamentos genéricos hasta que sus costos alcancen un total de \$5,100, lo que significa el final de la brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, consulte el formulario del plan.

Etapa 4: Cobertura para catástrofes





Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos obtenidos a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$5,100, debe pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor):

- el 5% del costo, o
- \$3.40 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.

(Esta etapa lo **protege** de cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).

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. Aquí se mencionan solo algunas:

- | | | |
|---|---------------------------|---|
| • CVS/pharmacy [†]
(incluidas las farmacias CVS/
pharmacy de Target) | (888) 607-4287 [TTY: 711] |  |
| • Farmacias Safeway/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.

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

Estamos aquí para ayudarlo

Comuníquese con Blue Shield al **(800) 488-8000** [TTY: **711**]

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **(888) 239-6469** [TTY: **711**] para obtener más información.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **(888) 239-6469** (TTY: **711**).

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al **(888) 239-6469** (TTY: **711**).

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。