

2020 Resumen de beneficios

Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan (HMO)

Condado de Los Angeles y *Orange
(*parte del condado)

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de cobertura".

Resumen de beneficios 2020

Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan

Condados de Los Angeles y *Orange, Plan 004

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

La información sobre beneficios proporcionada no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, pida la "Evidencia de cobertura".

Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan incluye cobertura de atención médica de Medicare (Parte C) y para medicamentos recetados (Parte D) y puede ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D, ofreciéndole la conveniencia de tener cobertura tanto para sus servicios médicos como medicamentos recetados a través de un único plan.

Para inscribirse en **Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Condados de Los Angeles y *Orange.

El área de servicio para el condado de Orange incluye **solo los códigos postales enumerados a continuación**. Para unirse al plan, debe vivir en uno de estos códigos postales:

90620 90621 90622 90623 90624 90630 90631 90632 90633 90638 90680 90720 90740 90742 90743
92609 92610 92617 92619 92620 92626 92637 92646 92647 92648 92649 92655 92657 92673 92683
92685 92694 92697 92698 92701 92702 92703 92704 92705 92706 92707 92708 92725 92735 92801
92802 92803 92804 92805 92806 92807 92808 92809 92812 92814 92815 92816 92817 92821 92822
92823 92825 92831 92832 92833 92834 92835 92836 92837 92838 92840 92841 92842 92843 92844
92845 92846 92850 92868 92870 92871 92885 92886 92887 92899

Si visita a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no ofrezcamos cobertura por estos servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). Consúltelo en línea a través de www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o en audio.

Para obtener más información, llámenos al (800) 847-1222 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. los días de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite blueshieldca.com/promise/medicare.

*parte del condado

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Blue Shield Promise
 AdvantageOptimum Plan
 Condados de Los Angeles y
 *Orange

Primas y beneficios	Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan
Prima mensual del plan	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	Paga un máximo de \$999 por año Incluye copagos y otros costos por servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare durante el año
Atención para pacientes hospitalizados	Copago de \$0 por ingreso
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de \$100 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio
Visitas al médico	
<ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Especialistas 	Copago de \$0 por visita Copago de \$0 por visita
Servicios preventivos (Mamografía y vacunas contra la influenza) (No se necesita remisión)	Copago de \$0 Otros servicios preventivos se encuentran disponibles Existen algunos servicios cubiertos que tienen costo
Atención de emergencia	Copago de \$85 por visita (se exime si es internado)
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$0 por visita (dentro de la red) Copago de \$45 por visita (fuera de la red) (se exime si es internado)
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imágenes	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, CT, PET) • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Usted paga el 20 % del costo
Servicios auditivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición (cubierto por Medicare) • Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare) • Audífonos 	Copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare Copago de \$10 por un examen de audición de rutina por año Copago de \$0 por 1 colocación/evaluación de audífonos cada año Copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año Límite de \$1,500 por año

Resumen de beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan
Servicios dentales	
• Exámenes bucales ilimitados todos los años	Copago de \$0
• Limpieza, una cada 6 meses	Copago de \$0
• Tratamiento con flúor, uno cada 6 meses	Copago de \$5 por visita
• Radiografías, una serie completa cada 2 años	Copago de \$0
Servicios oftalmológicos	
• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista	Copago de \$0
• Examen de la vista de rutina (uno cada año)	Copago de \$0
• Límite de cobertura para anteojos	Límite de \$250 para anteojos y lentes de contacto por año
• Examen de refracción (uno cada 2 años)	Copago de \$0
Servicios de salud mental	
• Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Copago de \$100 por día para los días 1 a 8 Copago de \$0 por día para los días 9 a 90 Usted está cubierto por 90 días en cada período de beneficios, hasta el límite de por vida de 190 días. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.
• Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios	Copago de \$25 por visita
• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$25 por visita
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Copago de \$0
Podiatría	
• Exámenes y tratamiento para los pies	Copago de \$5 por visita
• Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare)	Copago de \$0 por visita
Suministros médicos	Usted paga el 20 % del costo

Resumen de beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Primas y beneficios	Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan
Atención en centros de enfermería especializada	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$80 por día para los días 21 a 100 100 días por período de beneficios; no se requiere hospitalización previa El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none">• Visita de terapia ocupacional• Visita de terapia del habla y del lenguaje y fisioterapia	Copago de \$10 por visita Copago de \$10 por visita
Servicios de ambulancia	Copago de \$125 por viaje (cada tramo) (se exime si es internado)
Servicios de transporte	Copago de \$0 30 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan El transporte debe coordinarse con 24 horas de anticipación
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de medicamentos para quimioterapia Usted paga el 20 % del costo de otros medicamentos de la Parte B

Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan				
Etapa 1: Deducible anual	\$0 Esta etapa no aplica porque no hay un deducible.			
Etapa 2: cobertura inicial	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{MO}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{MO}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$5	Copago de \$5
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$7.50	Copago de \$10	Copago de \$25
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$100	Copago de \$47	Copago de \$117.50
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$80	Copago de \$200	Copago de \$87	Copago de \$217.50
Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33 %	Sin cobertura	Coseguro del 33 %	Sin cobertura
Etapa del período sin cobertura (Luego de que los costos por medicamentos totales que pagan usted y el plan hayan llegado a \$4,020, hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen un total de \$6,350)	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y Nivel 2: los medicamentos genéricos están cubiertos con los copagos descritos arriba. Para todos los demás niveles, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca, además de una parte del costo de suministro, y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura.			
Cobertura en situaciones catastróficas (Cuando los costos anuales que paga de su bolsillo superan los \$6,350)	Cuando alcance el monto de \$6,350 por los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre en una farmacia minorista o de pedido por correo), usted paga la cifra que sea mayor entre: <ul style="list-style-type: none"> • El 5 % del costo, o • Un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos. 			

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Usted paga lo siguiente:

Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia con costo compartido minorista estándar. Existen situaciones limitadas en las que puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista de costo compartido estándar de la red. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de la farmacia y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan.

***El costo compartido del suministro para 90 días también se aplica a la farmacia de pedidos por correo de Blue Shield Promise. Los medicamentos de Nivel 5 están limitados a un suministro para 30 días para pedidos por correo.**

MO El suministro a largo plazo (hasta 90 días) solo está disponible para medicamentos seleccionados. Los medicamentos que están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo MO en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que no están marcados con este símbolo no están disponibles para un suministro a largo plazo. Para su protección, limitamos la cantidad de medicamentos seleccionados que se pueden surtir al mismo tiempo.

Beneficios del plan complementario

Usted paga lo siguiente:

Beneficios del plan complementario	Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan
Programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers	Copago de \$0
Línea de Enfermería	Copago de \$0
Atención de emergencia internacional/Servicios de atención de urgencia	Copago de \$100 por visita (se exime si es internado) Sin límite de cobertura anual del plan
Acupuntura	Copago de \$0 por visita 24 visitas por año
Productos de venta libre	Cuenta con \$105 por trimestre para gastar en artículos cubiertos. Puede realizar un pedido por trimestre y no puede trasladar su asignación sin utilizar al siguiente trimestre.
Sistema de respuesta personal ante emergencias	Copago de \$0
Telesalud	Copago de \$0

NOTA IMPORTANTE: Para obtener más información sobre los requisitos de no discriminación, puede visitar nuestra página web <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal Medicaid de California. La inscripción en Blue Shield of California Promise Health Plan depende de la renovación del contrato.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Tivity Health, SilverSneakers y Love Life Longer son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. o sus subsidiarias o afiliadas en los Estados Unidos y en otros países. © 2018 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de que tome la decisión de inscribirse, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **(800) 847-1222 (TTY: 711)**.

Cómo comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que aparece en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios en los que, de manera rutinaria, consulta con un médico. Visite **[blueshieldca.com/promise/medicare](https://www.blueshieldca.com/promise/medicare)** o llame al **(800) 847-1222 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o consulte con su médico) para verificar si los médicos a los que ahora consulta se encuentran en la red de servicios. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar a uno nuevo.
- Revise el Directorio de farmacias para verificar si la farmacia que usted usa para todos sus medicamentos con receta se encuentra en la red de servicios. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva para obtener sus medicamentos con receta. *armacy is not listed, you will likely have to select a new pharmacy for your prescriptions.*

Cómo comprender las normas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por los proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en la lista del Directorio de proveedores).

Estamos aquí para ayudarlo

Para realizar preguntas sobre inscripción, llame al Departamento de Ventas al **(800) 847-1222** (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.