

# 2020 Resumen de beneficios

---

## Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan 2 (HMO)

Condado de San Diego

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 Plan AdvantageOptimum 2

### Condado de San Diego, Plan 053

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 2** 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 2**, 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: San Diego.

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](http://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](http://blueshieldca.com/promise/medicare).

# Resumen de beneficios

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

Blue Shield Promise Plan  
 AdvantageOptimum 2  
 Condado de San Diego

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan 2</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare
<b>Rebaja de la prima de la Parte B</b>	Reducción de \$50 en la prima de la Parte B
<b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	Paga un máximo de \$3,400 por año Incluye copagos y otros costos por servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare durante el año
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	Copago de \$120 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días 6 en adelante Período de beneficios: por internación, por estadía
<b>Centro hospitalario para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$150 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Copago de \$50 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio
<b>Visitas al médico</b>	
• Médico de atención primaria	Copago de \$0 por visita
• Especialistas	Copago de \$10 por visita
<b>Servicios preventivos</b> (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
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$120 por visita (se exime si es internado)
<b>Servicios de atención de urgencia</b>	Copago de \$10 por visita (se exime si es internado)
<b>Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>	
• Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, CT, PET)	Copago de \$5
• Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de \$0
• Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)	20 % del costo
<b>Servicios auditivos</b>	
• Examen de audición (cubierto por Medicare)	Copago de \$0 por examen de audición de rutina o cubierto por Medicare en el consultorio del PCP
• Examen de audición de rutina (no cubierto por Medicare)	Copago de \$10 por examen de audición de rutina o cubierto por Medicare en el consultorio de un especialista

# Resumen de beneficios (cont.)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan 2</b>
<b>Servicios dentales</b>	
• 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
<b>Servicios oftalmológicos</b>	
• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista	Copago de \$10 por visita
• Examen de la vista de rutina (uno cada año)	Copago de \$0 en el consultorio del PCP, copago de \$10 en el consultorio de un especialista
• Límite de cobertura para anteojos	Límite de \$75 para anteojos y lentes de contacto cada 2 años
• Examen de refracción (uno cada 2 años)	Copago de \$0
<b>Servicios de salud mental</b>	
• Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Por cada estadía cubierta por Medicare, usted paga \$250 más un copago de \$120 por día para los días 1 a 10 y un copago de \$0 para los días 11 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.
• Terapia grupal para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita
• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita
<b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b>	Copago de \$0
<b>Podiatría</b>	
• Exámenes y tratamiento para los pies	Copago de \$10 por visita
<b>Suministros médicos</b>	20 % del monto permitido por Medicare

# Resumen de beneficios (cont.)

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

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Blue Shield Promise AdvantageOptimum Plan 2</b>
<b>Atención en centros de enfermería especializada</b>	Copago de \$20 por día para los días 1 a 20 Copago de \$100 por día para los días 21 a 100 No se requiere hospitalización previa Hay un límite de 100 días para cada período de beneficios si su condición requiere servicios de rehabilitación adicionales, otros tipos de enfermería especializada diaria u otra atención especializada. Si supera el límite de 100 días, usted será responsable de todos los costos.
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita de terapia ocupacional</li><li>• Visita de terapia del habla y del lenguaje y fisioterapia</li></ul>	Copago de \$0 Copago de \$0
<b>Servicios de ambulancia</b>	Copago de \$100 por viaje (cada tramo) (se exime si es internado)
<b>Servicios de transporte</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	20 % del costo de medicamentos para quimioterapia 20 % del costo de otros medicamentos de la Parte B

# Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga lo siguiente:

<b>Beneficios de medicamentos Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan 2 recetados de la Parte D</b>				
<b>Etapa 1: deducible anual</b>	<b>\$0</b> Esta etapa no aplica porque no hay un deducible.			
<b>Etapa 2: cobertura inicial</b>	<b>Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)</b>		<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b>	
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días<sup>MO</sup></b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días<sup>MO</sup></b>
<b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$3	Copago de \$3
<b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b>	Copago de \$10	Copago de \$25	Copago de \$17	Copago de \$42.50
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$40	Copago de \$100	Copago de \$47	Copago de \$117.50
<b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b>	Copago de \$95	Copago de \$237.50	Copago de \$100	Copago de \$250
<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 33 %	Sin cobertura	Coseguro del 33 %	Sin cobertura
<b>Etapa del período sin cobertura</b> (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.			
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b> (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"> <li>• El 5 % del costo, o</li> <li>• 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.</li> </ul>			

## 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 minorista preferido 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:

<b>Beneficios del plan complementario Blue Shield Promise Advantage Optimum Plan 2</b>	
<b>Línea de Enfermería</b>	Copago de \$0
<b>Atención de emergencia internacional/Servicios de atención de urgencia</b>	Copago de \$120 por visita Cobertura de hasta \$10,000 por año (se exime si es internado)
<b>Telesalud</b>	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.



# 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.

## 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.**