

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condado de Stanislaus

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield AdvantageOptimum Plan

Condado de Stanislaus

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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/MAPDdocuments2022 o llame a Atención al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre.**

Blue Shield AdvantageOptimum Plan incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la conveniencia de tener cobertura médica y de medicamentos recetados a través de un solo plan.

Para inscribirse en **Blue Shield AdvantageOptimum Plan**, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye el condado de Stanislaus.**

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 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 Proveedores de nuestro plan está en nuestro sitio web blueshieldca.com/find-a-doctor.

El Directorio de Farmacias de nuestro plan está en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2022.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2022.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Blue Shield AdvantageOptimum
Plan (HMO)

Condado de Stanislaus

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare además de la prima del plan, si corresponde.
Deducible	\$0	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$3,400	No incluye 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.
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$150 de copago por día para los días del 1 al 5 \$0 de copago por día para los días del 6 en adelante	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital de la red.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios brindados en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	\$200 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios de observación \$85 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si es admitido en el hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día)	Nuestro plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Cirugía para pacientes ambulatorios	\$50 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$200 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico • Médico de atención primaria • Especialistas	\$0 de copago por visita \$15 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para las visitas a especialistas.
Atención preventiva	\$0 de copago	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield AdvantageOptimum
Plan (HMO)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Condado de Stanislaus

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Atención de emergencia	<p>\$85 de copago por visita</p> <p>Tiene un límite anual combinado de \$25,000 por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.</p>	<p>Este copago no se aplica si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.</p> <p>Tiene cobertura mundial.</p>
Servicios urgentemente necesarios	<p>\$15 de copago por visita</p> <p>\$85 de copago por cada visita a una sala de emergencias, un centro de atención urgente o el consultorio de un médico que estén fuera de los Estados Unidos y sus territorios</p> <p>Tiene un límite anual combinado de \$25,000 por año para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan.</p>	<p>Estos copagos no se aplican si es admitido en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día.</p> <p>Tiene cobertura mundial.</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.) Servicios de laboratorio Procedimientos y pruebas de diagnóstico Radiografías para pacientes ambulatorios Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer) 	<p>\$50 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes.</p> <p>Con cobertura según las normas de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de coseguro por los servicios de radiología terapéutica, pero nunca pagará más de la cantidad máxima total de gastos de bolsillo de \$3,400 por año.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Blue Shield AdvantageOptimum
Plan (HMO)

Condado de Stanislaus

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de audición (cubierta por Medicare) • Prueba de audición de rutina (no cubierta por Medicare) • Audífonos 	<p>\$10 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición.</p> <p>Las pruebas de audición de rutina están limitadas a una prueba por año.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$350 por año por 2 audífonos, su colocación y la prueba (entre los dos oídos) cuando se obtienen de un proveedor de la red.</p>
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) • Radiografías dentales • Tratamiento con fluoruro • Examen bucodental 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 a \$5 de copago, según el servicio/tipo</p> <p>\$5 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Una visita cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses.</p> <p>Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses.</p> <p>Dos visitas cada 12 meses para el tratamiento con fluoruro.</p>
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos • Examen de la vista de rutina y refracción • Anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto 	<p>\$0 de copago por visita cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos.</p> <p>Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$150 cada 24 meses por anteojos (armazones y lentes) o por lentes de contacto.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la salud mental para pacientes internados 	<p>\$200 de copago por día para los días del 1 al 8</p> <p>\$0 de copago por día para los días del 9 al 90</p>	<p>Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental.</p> <p>90 días por período de beneficios; no necesita hospitalización previa si va a un proveedor de la red.</p>

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Blue Shield AdvantageOptimum
Plan (HMO)

Condado de Stanislaus

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Servicios de salud mental (cont.) <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$25 de copago por visita \$25 de copago por visita	Un período de beneficios empieza el día en que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 \$100 de copago por día para los días del 21 al 100	Es posible que necesite una referencia de su médico para la atención en un centro de enfermería especializada. 100 días por período de beneficios; no necesita hospitalización previa si va a un proveedor de la red. Un período de beneficios empieza el día en que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y termina cuando hayan pasado 60 días seguidos en los que no reciba atención en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Si es admitido en el hospital después de que haya terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios.
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje 	\$20 de copago por visita \$20 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.
Ambulancia	\$200 de copago por viaje en una sola dirección \$0 de copago si hay una admisión	
Transporte	\$0 de copago	Se limita a 12 viajes en una sola dirección por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia/radioterapia y otros medicamentos de la Parte B	Es posible que necesite autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Examen físico anual	\$0 de copago	Uno cada 12 meses.
Servicios del programa de tratamiento por dependencia de opioides	\$0 de copago	
Servicios de telesalud adicionales	\$0 de copago	Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas médicos básicos, y también pueden recetar ciertos medicamentos.
Atención de los pies (servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes y tratamiento de los pies Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare) 	\$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$15 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de atención de los pies.
Servicios y suministros para la diabetes <ul style="list-style-type: none"> Medidores de azúcar en la sangre Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes 	\$0 de copago por los medidores de azúcar en la sangre FreeStyle® y 20% de coseguro por los medidores de azúcar en la sangre de cualquier otro fabricante \$0 de copago por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de azúcar en la sangre (ver "Medidores de azúcar en la sangre" arriba)	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios y suministros para la diabetes. Es posible que necesite autorización previa del plan para los equipos médicos duraderos, los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados <ul style="list-style-type: none"> Equipos médicos duraderos (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno, etc.) 	20% de coseguro	Es posible que necesite una referencia de su médico para los DME y los suministros relacionados. Es posible que necesite autorización previa del plan para los DME. Para obtener más información, consulte la EOC del plan.

Resumen de Beneficios (cont.)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Blue Shield AdvantageOptimum
Plan (HMO)

Condado de Stanislaus

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debería saber
Prótesis y suministros médicos <ul style="list-style-type: none">• Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)• Suministros médicos (p. ej., férulas, yesos, etc.)	20% de coseguro \$0 de copago	Es posible que necesite una referencia de su médico para las prótesis y los suministros médicos.
Programas de salud y bienestar <ul style="list-style-type: none">• Acceso básico a un gimnasio a través del programa de ejercicios físicos SilverSneakers• NurseHelp 24/7SM (apoyo por teléfono y por Internet)	\$0 de copago \$0 de copago	
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Tiene una asignación de \$50 por trimestre para gastar en artículos cubiertos.	Puede hacer dos pedidos por trimestre y no puede transferir la asignación que no haya usado al trimestre siguiente. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. Consulte el catálogo de OTC para obtener más información.

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D						
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.					
Etapa 2: Etapa de 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 90 días^{NDS}	Suministro para 100 días^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 100 días^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$0 de copago	\$3 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$3 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 de copago	\$25 de copago	Sin cobertura	\$17 de copago	\$42.50 de copago	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago	\$100 de copago	Sin cobertura	\$47 de copago	\$117.50 de copago	Sin cobertura
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 de copago	\$237.50 de copago	Sin cobertura	\$100 de copago	\$250 de copago	Sin cobertura
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	33% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura	33% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura

[^] 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. Hay situaciones limitadas en las que tal vez puede obtener 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.

Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan.

* También se aplican los costos compartidos por suministros para 90 y 100 días si se usa la farmacia de servicio por correo de Blue Shield.

NDS Para ciertos medicamentos, no hay disponible un suministro a largo plazo (hasta 90 o 100 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo NDS en nuestra Lista de Medicamentos.

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D		
Etapa 3: Etapa de 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 \$4,430, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,050.	El Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el Nivel 2 (medicamentos genéricos) están cubiertos según los copagos que se indican arriba. Para los medicamentos de todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del precio por los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo por medicamentos en lo que va del año alcancen un total de \$7,050, lo que significa el final de la etapa de 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 \$7,050, debe pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): <ul style="list-style-type: none"> • el 5% del costo, o • \$3.95 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. (Esta etapa lo protege de tener que pagar cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).	

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 más bajo. Recibirá sus medicamentos en su casa o en su oficina sin cargos de envío. Regístrese en caremark.com o llame al (866) 346-7200 [TTY: 711].

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.

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

Estamos aquí para ayudarlo

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año.

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.

SilverSneakers y el logotipo de la zapatilla de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Blue Shield AdvantageOptimum Plan y NurseHelp 24/7 son marcas de servicio de Blue Shield of California. Blue Shield y el símbolo Shield son marcas comerciales registradas de la BlueCross BlueShield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

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。