

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield
Rx Plus (PDP)

Blue Shield
Rx Enhanced
(PDP)

Resumen de Beneficios para el año 2022

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced

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/PDPdocuments2022 o llame a Atención al Cliente al (888) 239-6469 [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.**

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 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 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 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 de la cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced California

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

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: \$90.20

Etapa 1: Etapa de deducible anual

\$480 (excepto para los medicamentos del Nivel 1, que están excluidos del deducible)

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de pagar nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{*NDS} |
|---|-------------------------|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$4 de copago | \$8 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$13 de copago | \$26 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$43 de copago | \$86 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 38% de coseguro | 38% de coseguro |
| 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: \$160.20

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 4: Medicamentos no preferidos | 31% de coseguro | 31% de coseguro |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33% de coseguro | Sin cobertura |

NDS Para ciertos 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.)

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

Blue Shield Rx Plus

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

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de pagar nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{NDS} |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$12 de copago | \$36 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 4: Medicamentos no preferidos | 41% de coseguro | 41% de coseguro |
| 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 4: Medicamentos no preferidos | 33% de coseguro | 33% de coseguro |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33% de coseguro | 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 por un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto.

Hay situaciones limitadas en las que tal vez puede 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 ciertos 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.)

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

Blue Shield Rx Plus

Servicio por correo

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de pagar nuestro deducible, si corresponde)

| | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días ^{NDS} |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | Sin cobertura | \$8 de copago |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | Sin cobertura | \$26 de copago |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | Sin cobertura | \$86 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | Sin cobertura | 38% de coseguro |
| 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 4: Medicamentos no preferidos | Sin cobertura | 31% de coseguro |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado | 33% de coseguro | Sin cobertura |

NDS Para ciertos 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.)

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

| | |
|---|--|
| <p>Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura</p> | <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 \$4,430, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,050.</p> <p>Cuando está en la etapa de brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del costo de 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.</p> |
| <p>Etapa 4: Cobertura para catástrofes</p> | <p>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):</p> <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. <p>(Esta etapa lo protege de cualquier costo adicional una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).</p> |



Farmacia de servicio por correo

CVS Caremark es nuestra farmacia de servicio por correo de la red, donde puede obtener un suministro para 90 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](https://www.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:

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • CVS/pharmacy[‡] (incluidas las farmacias CVS/pharmacy de Target) | <p>(888) 607-4287 [TTY: 711]</p> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Farmacias Safeway y Vons[‡] | <p>(877) 723-3929 [TTY: 711]</p> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco[‡] | <p>(877) 932-7948 [TTY: 711]</p> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Costco[‡] | <p>(800) 955-2292 [TTY: 711]</p> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 ayudarlo

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 292-7591** [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 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 muy limitado de farmacias preferidas de bajo costo en California. Es posible que los bajos costos 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 preferidas de bajo costo en su área, llame al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, durante todo el año. También puede consultar el directorio de farmacias en Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2022.

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。