

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

**Plan de medicamentos recetados de
Medicare Advantage**

Condados de Los Ángeles y Orange

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield AdvantageOptimum Plan

Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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, vea la **Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)** en blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 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. **Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2022.**

Blue Shield AdvantageOptimum Plan incluye cobertura de la Parte D, que brinda cobertura de medicamentos recetados, lo que le ofrece la comodidad 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 los condados de Los Ángeles y Orange.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el folleto "**Medicare & You**" (Medicare y usted) más reciente. Puede consultarlo por Internet en 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/medpharmacy2023.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2023.

Resumen de Beneficios

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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	No hay deducible.	
Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo	\$1,200	No incluye los 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	\$0 de copago por admisión	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente internado cubierta por Medicare en un hospital de la red.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios brindados en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios 	\$100 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios de observación \$125 de copago por cada visita a una sala de emergencias (este copago no se aplica si lo admiten 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	\$0 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$100 de copago por cada visita a un hospital para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria • Especialistas 	\$0 de copago por visita \$0 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)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Atención de emergencia	\$125 de copago por visita Sin límite anual combinado 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.	Este copago no se aplica si lo admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios urgentemente necesarios	\$0 de copago por cada visita a un centro de atención urgente dentro del área de servicio del plan \$45 de copago por cada visita a un centro de atención urgente fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios \$125 de copago por la cobertura mundial de urgencias y emergencias Sin límite anual combinado para la atención de emergencia y los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Este copago no se aplica si lo admiten en un hospital por el mismo problema de salud antes de que haya pasado un día. Tiene cobertura mundial.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes	<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, por sus siglas en inglés], etc.) • Servicios de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios 	<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>

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes (cont.) <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para tratar el cáncer) 	20 % de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica	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 \$1,200 por año.
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 	\$10 de copago por visita \$10 de copago \$0 de copago	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de audición. Las pruebas de audición de rutina están limitadas a una prueba por año. Nuestro plan paga hasta \$1,500 por año por 2 audífonos, su colocación y la prueba (entre los dos oídos).
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare) <ul style="list-style-type: none"> Profilaxis (limpieza) Radiografías dentales Tratamiento con fluoruro Examen bucodental 	\$0 de copago \$0 a \$5 de copago, según el servicio brindado \$5 de copago \$0 de copago	Una limpieza cada 6 meses. Una serie de radiografías de aleta de mordida cada 6 meses. Una serie de radiografías de boca completa cada 24 meses. Dos visitas cada 6 meses para el tratamiento con fluoruro. Dos exámenes en un año calendario.
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 (no cubierto por Medicare) y refracción Anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto 	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago \$0 de copago	Es posible que necesite una referencia de su médico para hacerse un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos. Una visita cada 12 meses con un proveedor de la red. Nuestro plan paga hasta \$275 cada 12 meses por anteojos (lentes y armazones) o por lentes de contacto.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe saber
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Atención de la salud mental para pacientes internados Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$100 de copago por día para los días del 1 al 8 \$0 de copago por día para los días del 9 al 90 \$25 de copago por visita \$25 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de salud mental. 90 días por admisión; no necesita una hospitalización previa si va a un proveedor de la red.
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 admisión; no necesita una hospitalización previa si va a un proveedor de la red. Si supera el límite de 100 días, deberá pagar todos los costos; no necesita una hospitalización previa si va a un proveedor de la red.
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional Terapia física y terapia del habla y del lenguaje 	\$10 de copago por visita \$10 de copago por visita	Es posible que necesite una referencia de su médico para los servicios de rehabilitación.
Ambulancia	Servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare: \$200 de copago por viaje en una sola dirección Servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare: 20 % por viaje en una sola dirección	El copago no se aplica si lo admiten en el hospital.
Transporte	\$0 de copago	Se limita a 30 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	Es posible que necesite una autorización previa de su proveedor para algunos medicamentos de la Parte B.

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Beneficios adicionales incluidos en su plan

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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 algunos 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) 	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare \$0 de copago	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 los suministros para la diabetes. Es posible que necesite una autorización previa del plan para los medidores de azúcar en la sangre y las tiras reactivas. Vea la EOC del plan para obtener más información.
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 servicios y los suministros duraderos. Es posible que necesite una autorización previa del plan para los DME. Vea la EOC del plan para obtener más información.

Resumen de Beneficios (cont.)

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Usted paga	Lo que debe 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) • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) (sistema de alertas médicas las 24 horas, todos los días) 	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	\$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Tiene una asignación de \$105 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. Vea el catálogo de artículos OTC para obtener más información.
Servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	\$0 de copago por visita	Límite de 12 visitas por año.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Cliente si necesita más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las insulinas: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.

Cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Usted paga lo siguiente:

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D						
Etapas: Etapas de deducible anual	Esta etapa no se aplica porque no hay deducible.					
Etapas: Etapas 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	\$5 de copago	Ver el suministro para 100 días	\$5 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 de copago	\$7.50 de copago	Sin cobertura	\$10 de copago	\$25 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 pueda 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, vea 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 algunos 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.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Advantage Optimum Plan (HMO)
Condados de Los Ángeles y Orange

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 \$4,660, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,400.	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 \$7,400, lo que significa el final de la etapa de brecha de cobertura. Para saber si un medicamento se considera genérico o de marca, vea el formulario del plan.
Etapa 4: Cobertura para catástrofes	Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre a través de su farmacia al por menor y del servicio por correo) alcancen los \$7,400, deberá pagar una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo, o • \$4.15 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos. (Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales 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 por un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido en su casa o en su oficina sin cargo de envío por correo estándar. Después de inscribirse en su plan de Medicare de Blue Shield, puede iniciar sesión en su cuenta de miembro de Blue Shield of California en blueshieldca.com/login.

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. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

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

Estamos aquí para ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 534-4263** [TTY: 711],
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

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 es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 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.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。