

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield
Rx Plus
(PDP)

Blue Shield
Rx Enhanced
(PDP)

Resumen de Beneficios para el año 2023

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced

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/PDPdocuments2023 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 de 2022.**

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, 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 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.

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.

Resumen de Beneficios de la cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced
California

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

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: \$96.50

Etapa 1: Etapa de deducible anual

\$505 (excepto para los medicamentos del Nivel 1, que están excluidos del deducible)

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 de copago	\$2 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 de copago	\$24 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$43 de copago	\$86 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47 % de coseguro	47 % 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: \$172.50

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	42 % de coseguro	42 % de coseguro
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	33 % de coseguro	Sin cobertura

NDS Para algunos 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 2023 al 31 de diciembre de 2023

Blue Shield Rx Plus

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

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$9 de copago	\$27 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$19 de copago	\$57 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50 % de coseguro	50 % 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	45 % de coseguro	45 % 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 pueda 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 algunos 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.)

Blue Shield Rx Plus | Blue Shield Rx Enhanced
California

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

Blue Shield Rx Plus

Servicio por correo

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

(Después de que pague nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cobertura	\$2 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Sin cobertura	\$24 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	\$86 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Sin cobertura	47 % 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	42 % de coseguro
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	33 % de coseguro	Sin cobertura

NDS Para algunos 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 2023 al 31 de diciembre de 2023

<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 \$4,660, hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$7,400.</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 \$7,400, 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 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):</p> <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. <p>(Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales 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 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

CVS/pharmacy[®]

VONS | Pharmacy



COSTCO
PHARMACY

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) 292-7591** [TTY: 711],

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

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 costos bajos 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 ver el directorio de farmacias en Internet en blueshieldca.com/medpharmacy2023.

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。