



Resumen de beneficios 2025

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Resumen de Beneficios 2025

Blue Shield Rx Plus (PDP) | Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

La información de beneficios que brindamos no enumera 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)** en blueshieldca.com/PDPdocuments2025 o llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestra página web antes del 15 de octubre de 2024.**

Para inscribirse en **Blue Shield Rx Plus** o **Blue Shield Rx Enhanced** debe ser elegible para la Parte A y/o la Parte B de Medicare y ser residente permanente del área de servicio del plan. **Nuestra área de servicio incluye: Estado de California.**

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía actual **"Medicare y usted"**. Puede verla en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you u obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Puede consultar el **directorio de farmacias** de nuestro plan en nuestra página web: blueshieldca.com/medpharmacy2025.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestra página web en blueshieldca.com/medformulary2025.

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Prima mensual del plan, deducible y límites sobre cuánto paga por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted paga lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus

Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)

Prima mensual del plan: \$161.70

Etapa 1: etapa del deducible anual

\$590 (el deducible no se aplica a los medicamentos enumerados en el Nivel 1, los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes).

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

(una vez que pagó nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$3	Copago de \$7.50
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$35
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro de 18%	Coseguro de 18%
Nivel 3: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)

Prima mensual del plan: \$183.50

Etapa 1: etapa del deducible anual

Esta etapa no se aplica porque este plan no tiene deducible.

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$2	Copago de \$4
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$7	Copago de \$14
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$43	Copago de \$129
Nivel 3: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro de 47%	47% coseguro
Nivel 4: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Prima mensual del plan, deducible y límites sobre cuánto paga por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.

Usted paga lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus

Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)		
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro de 47%	Coseguro de 47%
Nivel 4: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	25% coseguro	No cubierto

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacias de costos compartidos preferidos (dentro de la red)		
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	33% coseguro	No Cubierto

** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

* El costo compartido del suministro para 90 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de medicamentos.

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Blue Shield Rx Plus

Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

(una vez que pagó nuestro deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$9	Copago de \$27
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$60
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro de 20%	Coseguro de 20%
Nivel 3: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4: medicamentos no preferidos	50% coseguro	50% coseguro

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$11	Copago de \$33
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$42
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 3: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 4: medicamentos no preferidos	50% coseguro	50% coseguro

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Blue Shield Rx Plus

Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^		
Nivel 4: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	25% coseguro	No cubierto

Blue Shield Rx Enhanced

Farmacias de costos compartidos estándar (dentro de la red)^		
Nivel 4: insulinas cubiertas**	Copago de \$35	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	33% coseguro	No cubierto

** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

^Si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de costos compartidos minorista estándar dentro de la red por un suministro para hasta 31 días de un medicamento cubierto. Podría haber algunas situaciones en las que pueda obtener un suministro para hasta 30 días de medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar de costos compartidos dentro de la red.

* El costo compartido del suministro para 90 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de medicamentos.

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Blue Shield Rx Plus

Servicio de entrega a domicilio

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

(una vez que pagó nuestro deducible, wsi corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	No cubierto	Copago de \$7.50
Nivel 2: medicamentos genéricos	No cubierto	Copago de \$35
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	No cubierto	Coseguro de 18%
Nivel 3: insulinas cubiertas**	No cubierto	Copago de \$105
Nivel 4: medicamentos no preferidos	No cubierto	47% coseguro
Nivel 4: insulinas cubiertas**	No cubierto	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	25% coseguro	No cubierto

Blue Shield Rx Enhanced

Servicio de entrega a domicilio

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{*NDS}
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	No cubierto	Copago de \$4
Nivel 2: medicamentos genéricos	No cubierto	Copago de \$14
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	No cubierto	Copago de \$86
Nivel 3: insulinas cubiertas**	No cubierto	Copago de \$86
Nivel 4: medicamentos no preferidos	No cubierto	47% coseguro
Nivel 4: insulinas cubiertas**	No cubierto	Copago de \$105
Nivel 5: medicamentos de nivel especializado	33% coseguro	No cubierto

** Las insulinas cubiertas están marcadas con el símbolo **INS** en la lista de medicamentos. Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa de asistencia para el pago de los medicamentos ("Ayuda Adicional").

* El costo compartido del suministro para 90 días también se aplica al servicio de entrega a domicilio de Amazon Pharmacy.

NDS: hay ciertos medicamentos para los que no está disponible el suministro prolongado (hasta 90 días). Los medicamentos que no están disponibles para un suministro prolongado están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de medicamentos.

Resumen de beneficios de la cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Blue Shield Rx Plus (PDP) |
Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

En vigencia del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Etapa 3: cobertura de gastos excedentes

Una vez que los costos anuales de bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio) alcanzan los \$2,000, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

(Esta etapa le protege de cualquier costo adicional una vez que ha pagado sus costos anuales de bolsillo por los medicamentos).

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al Cliente para solicitar más información.

Servicio de entrega a domicilio

Amazon Pharmacy es nuestro servicio de entrega a domicilio de la red donde puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días. La entrega de su pedido no tiene cargo de envío. Consulte la EOC del plan para obtener más información.

Los medicamentos del nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días por servicio de entrega a domicilio.

Farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos

Es posible que pague menos si va a una de las farmacias de nuestra red que ofrecen costos compartidos preferidos.

Las siguientes son algunas:

- CVS/farmacia[‡] (incluida la farmacia CVS de Target) **(888) 607-4287 (TTY: 711)**
- Farmacias Safeway y Vons[‡] **(877) 723-3929 (TTY: 711)**
- Farmacias Albertsons/Sav-on/Osco[‡] **(877) 276-9637 (TTY: 711)**
- Costco[‡] **(800) 955-2292 (TTY: 711)**
- Ralphs[‡], Walmart[‡] y muchas más.

No tiene que ser miembro de Costco para utilizar las farmacias Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

[‡]Acepta receta electrónica

Estamos aquí para ayudarle.

Comuníquese con Blue Shield al **(888) 292-7591 (TTY: 711)**

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Blue Shield of California es un plan PDP con contrato de Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye algunas farmacias con precios más bajos y costos compartidos preferidos en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias de menor costo con costos compartidos preferidos en su área, llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en línea en **blueshieldca.com/medpharmacy2025**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene contrato con Blue Shield para prestar el servicio de entrega a domicilio de medicamentos recetados a los miembros de 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。