



Resumen de Beneficios para 2027

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Resumen de Beneficios para 2027

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

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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/PDPdocuments2027 o llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. **Nota: La EOC estará disponible en nuestro sitio web a más tardar el 15 de octubre de 2026.**

Para inscribirse en **Blue Shield Rx Plus** o **Blue Shield Rx Enhanced**, debe tener la Parte A y/o la Parte B de Medicare, vivir de forma permanente en el área de servicio del plan y ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible. **Nuestra área de servicio incluye el estado de 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 www.medicare.gov/medicare-and-you o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete días 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/medpharmacy2027.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web blueshieldca.com/medformulary2027.

Blue Shield Rx Plus (PDP)
Estado de California

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

Blue Shield Rx Plus

Prima mensual del plan: \$210.00

* 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 califican para un programa de ayuda adicional que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help”).

^ 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. En algunas situaciones específicas, es posible que obtenga 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.

NDS Algunos medicamentos no tienen disponible un suministro a largo plazo (para un máximo de 90 días). Los medicamentos que no tienen disponible un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
Estado de California

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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 Enhanced

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Prima mensual del plan: \$252.60

Etapas:	Cobertura de medicamentos			
Etapas:	Nivel de cobertura			
Etapas:	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)		Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)^a	
Etapas:	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días^{NDS}
Etapas:	\$0	\$0	\$11	\$33
Etapas:	\$7	\$14	\$14	\$42
Etapas:	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro
Etapas:	\$35 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Etapas:	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro	30 % de coseguro
Etapas:	\$35 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Etapas:	31 % de coseguro	Sin cobertura	31 % de coseguro	Sin cobertura

* 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 califican para un programa de ayuda adicional que les ayude a pagar sus medicamentos (“Extra Help”).

[^] 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. En algunas situaciones específicas, es posible que obtenga 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.

NDS Algunos medicamentos no tienen disponible un suministro a largo plazo (para un máximo de 90 días). Los medicamentos que no tienen disponible un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados

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

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Blue Shield Rx Plus

Servicio de envío al hogar

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de que pague su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cobertura	\$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Sin cobertura	\$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	19 % de coseguro
Nivel 3: Insulinas cubiertas*	Sin cobertura	\$105 o el 19 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Sin cobertura	40 % de coseguro
Nivel 4: Insulinas cubiertas*	Sin cobertura	\$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	25 % de coseguro	Sin cobertura

Blue Shield Rx Enhanced

Servicio de envío al hogar

Etapa 2: Cobertura inicial

(Después de que pague su deducible, si corresponde)

	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días ^{NDS}
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cobertura	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Sin cobertura	\$14
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	20 % de coseguro
Nivel 3: Insulinas cubiertas*	Sin cobertura	\$105 o el 20 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Sin cobertura	30 % de coseguro
Nivel 4: Insulinas cubiertas*	Sin cobertura	\$105 o el 25 % de coseguro, la cantidad que sea menor
Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado	31 % de coseguro	Sin cobertura

* 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 califican para un programa de ayuda adicional que les ayude a pagar sus medicamentos ("Extra Help").

NDS Algunos medicamentos no tienen disponible un suministro a largo plazo (para un máximo de 90 días). Los medicamentos que no tienen disponible un suministro a largo plazo están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra lista de medicamentos.

Cobertura de medicamentos recetados (cont.)

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

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D

Etapas 3: Después de que sus costos de bolsillo anuales por
Cobertura para medicamentos (incluidos los medicamentos que compre a
catástrofes través de su farmacia al por menor y del servicio de envío al hogar) alcancen los \$2,400, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
(Esta etapa le brinda protección para que no pague costos adicionales una vez que haya pagado sus costos de bolsillo anuales por medicamentos).



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 Servicio al Cliente para obtener más información.

Servicio de envío al hogar

Amazon Pharmacy es nuestro proveedor de servicios de envío de medicamentos recetados al hogar. Usted puede obtener un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento del Nivel 1 al Nivel 4 por un costo compartido más bajo. Recibirá su pedido sin ningún costo de envío. Consulte la EOC del plan para obtener más información.

Los medicamentos del Nivel 5 están limitados a un suministro para 30 días a través del servicio de envío al hogar.

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[‡] (888) 607-4287 (TTY: 711)
(incluidas las farmacias de CVS en Target)
- 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

[‡] Aceptan recetas enviadas de manera electrónica.

No es necesario ser miembro de Costco para usar las farmacias de Costco. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de las farmacias y las etapas del beneficio, consulte la EOC del plan en blueshieldca.com/PDPdocuments2027.

Estamos aquí para ayudar

Llame a Blue Shield al **(888) 292-7591 (TTY: 711)**

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días 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 una cantidad limitada de farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay en su área farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido, llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias en **[blueshieldca.com/medpharmacy2027](https://www.blueshieldca.com/medpharmacy2027)**.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato para brindar servicios de envío de medicamentos recetados al hogar a los miembros con beneficios de farmacia de Blue Shield. Los miembros deben pagar la parte del costo que les corresponda, según se indica en los detalles de su plan de beneficios.

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。