

2022

Resumen de beneficios

BluePathway Plan 1 (HMO)
BluePathway Plan 2 (HMO)
BluePathway Plan 3 (HMO)



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Resumen de beneficios

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

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos que cubre Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) tiene un contrato con Medicare para ofrecer los planes HMO y PPO de Medicare Advantage, y los planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se proporciona en este folleto es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura" o puede verla en nuestro sitio web: **azbluemedicare.com**.

Lo que debe saber sobre BCBSAZ



Horario de atención

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.



Números de teléfono y sitio web de BCBSAZ

- Si es miembro de este plan, llame al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**.
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito **1-888-274-0367, TTY: 711**.
- Nuestro sitio web: **azbluemedicare.com**



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en BCBSAZ, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio.

- **BluePathway Plan 1 (HMO) (H6936-006)** está disponible en el condado de Maricopa.
- **BluePathway Plan 2 (HMO) (H6936-005)** está disponible en el condado de Pima.
- **BluePathway Plan 2 (HMO) (H6936-003)** está disponible en el condado de Maricopa.
- **BluePathway Plan 3 (HMO) (H6936-004)** está disponible en el condado de Maricopa.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BCBSAZ BluePathwaySM es un plan de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO). Los miembros inscritos en los planes HMO deben recibir su atención médica de médicos, hospitales y otros proveedores dentro de la red de BCBSAZ. Si usa proveedores o centros que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

BCBSAZ también cuenta con una amplia red de farmacias en donde puede obtener sus medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. En general, debe usar estas farmacias de la red.

- Puede consultar el Directorio de proveedores/farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: **azbluemedicare.com**.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores/farmacias.



¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, podría pagar menos.**
- **Los miembros de nuestro plan también *reciben más de lo que cubre Original Medicare*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.**

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos que administra su proveedor.

- Puede consultar el formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D) del plan completo y las restricciones en nuestro sitio web: **azbluemedicare.com**.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.



¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para encontrar en qué nivel se encuentra su medicamento, a fin de determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de beneficios que existen: deducible anual (si corresponde), cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura catastrófica.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “*Medicare & You*” (Medicare y usted). Consúltelo en línea en **medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Please contact Member Services at **480-937-0409** (in Arizona) or toll-free at **1-800-446-8331, TTY: 711**. Hours are 8 a.m. to 8 p.m.; Monday through Friday from April 1 to September 30, and seven days a week from October 1 to March 31.

Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre; y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.

2022 Pre-Enrollment Checklist

Before making an enrollment decision, it is important that you fully understand our benefits and rules. If you have any questions, you can call and speak to Member Services at **480-937-0409** (in Arizona) or toll-free at **1-800-446-8331, TTY: 711**.

Understanding the Benefits

- Review the full list of benefits found in the Evidence of Coverage (EOC), especially for those services for which you routinely see a doctor. Visit **azbluemedicare.com** or call **480-937-0409** (in Arizona) or toll-free at **1-800-446-8331, TTY: 711**, to view a copy of the EOC.
- Review the provider directory (or ask your doctor) to make sure the doctors you see now are in the network. If they are not listed, it means you will likely have to select a new doctor.
- Review the pharmacy directory to make sure the pharmacy you use for any prescription medicines is in the network. If the pharmacy is not listed, you will likely have to select a new pharmacy for your prescriptions. Also review the formulary to make sure your prescription medicines are included.

Understanding Important Rules

- In addition to your monthly plan premium (if applicable), you must continue to pay your Medicare Part B premium. This premium is normally taken out of your Social Security check each month.
- Benefits, premiums, and/or copayments/coinsurance may change on January 1, 2023.
- Except in emergency or urgent situations, we do not cover services by out-of-network providers (doctors who are not listed in the provider directory).

Lista de verificación de preinscripción para 2022

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante del Departamento de Servicio al Cliente al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**.

Para comprender los beneficios

- Consulte la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios que recibe habitualmente de un médico. Para obtener una copia de la EOC, visite **azbluemedicare.com**, llame al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**.
- Consulte el Directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta. También revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos recetados están incluidos.

Para comprender las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan (si corresponde), debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el Directorio de proveedores).

Resumen de beneficios

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

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Prima mensual del plan	\$0 por mes	\$32 por mes	\$0 por mes
	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible	Deducible médico de \$0		
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$2,900 al año por servicios que recibe de proveedores de la red.		\$3,400 al año por servicios que recibe de proveedores de la red.
	<p>Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo servicios de hospital y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Nota: Debe pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$175 por día para los días 1 a 5		Copago de \$175 por día para los días 1 a 7
	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se apliquen límites.		
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	Copago de \$225 por visita Centro hospitalario para pacientes externos para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco): Es posible que se requiera autorización previa.		
Visitas al médico	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0		
	Visita al especialista: copago de \$20		Visita al especialista: copago de \$30
	Es posible que las visitas a especialistas requieran una remisión de su PCP.		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa			
Atención preventiva	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por abuso del alcohol • Densitometría ósea • Prueba de detección del cáncer de mamas (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección del cáncer vaginal y de cuello de útero • Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Prueba de detección del VIH • Servicios médicos de terapia nutricional • Prueba de detección de la obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección del cáncer de próstata (antígeno prostático específico [PSA]) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el neumococo y la COVID-19. • Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) • Visita anual de bienestar <p style="text-align: center;">Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año del contrato.</p>		
Atención de emergencia	<p style="text-align: center;">Copago de \$120</p> <p>Nota: Si ingresa al hospital en el término de un (1) día por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>		
Servicios de urgencia	Copago de \$20		Copago de \$30
<p>Nota: Si está fuera del área de servicio del plan y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de atención de urgencia proporcionados en un centro de atención de urgencia.</p> <p style="text-align: center;">La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>			

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Servicios de diagnóstico, laboratorio y estudios por imágenes	Servicios de laboratorio: copago de \$0 , según el servicio		
	Radiografía con o sin contraste (p. ej., pecho, aortografía, pielograma intravenoso [PIV], BE): copago de \$0		Radiografía con o sin contraste (p. ej., pecho, aortografía, pielograma intravenoso [PIV], BE): copago de \$10
	<p>Pruebas de diagnóstico y procedimientos: copago de \$0 a \$75 o coseguro del 20 %, según el servicio. Para obtener más información sobre la cobertura y los servicios adicionales, consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos".</p> <p>Los costos pueden variar según el lugar donde se presta el servicio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>		
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de \$20 por visita</p> <p>Tratamiento del manejo del dolor (p. ej., epidurales, bloqueadores del dolor e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: coseguro del 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): coseguro del 0 %</p> <p>Es posible que se requiera una remisión de su PCP.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>		
Servicios auditivos (Cubiertos por Medicare)	Copago de \$20		Copago de \$30
	<p>Examen auditivo realizado por un PCP o especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>		
Servicios auditivos (No cubiertos por Medicare)	<p>Los servicios están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor de TruHearing®:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo: copago de \$0. Ajuste y evaluación del audífono. <ul style="list-style-type: none"> Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído, por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced (\$699) y Premium (\$999) de TruHearing. La compra incluye visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año, un período de prueba de 60 días y 80 baterías por audífono para los modelos no recargables. <ul style="list-style-type: none"> Opción de mejora del audífono recargable. 		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Servicios dentales (Cubiertos por Medicare)	Coseguro del 20 % Medicare pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales que sean parte integral de un procedimiento cubierto (p. ej., reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental) o de extracciones realizadas a modo de preparación para un tratamiento con radiación a causa de una neoplasia que afecte la mandíbula. Exámenes bucales, pero no el tratamiento, anterior a un trasplante de riñón o el reemplazo de una válvula cardíaca en determinados casos. <p style="text-align: center;">Se requiere autorización previa para recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red.</p>		
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare)	El plan paga hasta \$1,000 cada año y se limita a dos (2) visitas por año calendario, por servicio.	El plan paga hasta \$500 cada año y se limita a una (1) visita por año calendario, por servicio.	
Los siguientes servicios dentales preventivos están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor participante de DenteMax Dental. <ul style="list-style-type: none"> Limpieza: copago de \$0 Radiografías dentales: copago de \$0 Examen bucal: copago de \$0 			
Servicios de la vista (Cubiertos por Medicare)	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo: copago de \$20	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo: copago de \$30	
Prueba anual para la detección del glaucoma y de la retinopatía diabética: copago de \$0			
Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: coseguro del 20 %			
Servicios de la vista (No cubiertos por Medicare)	Copago de \$0		
Servicios de rutina de la vista, incluido un examen ocular no médico de rutina a través de proveedores de Davis Vision® sin ninguna afección médica o síntoma, a los fines de revisar la vista, detectar enfermedades oculares o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto.			
Cobertura de anteojos: asignación de \$200 para una sola compra cada dos años a través de proveedores de Davis Vision.		Cobertura de anteojos: asignación de \$150 para una sola compra cada dos años a través de proveedores de Davis Vision.	

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Servicios de salud mental	Visita para pacientes internados: Copago de \$175 por día para los días 1 a 5 Visita de terapia individual o grupal para pacientes externos: Copago de \$20		Visita para pacientes internados: Copago de \$175 por día para los días 1 a 7 Visita de terapia individual o grupal para pacientes externos: copago de \$30
Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se apliquen límites.			
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$188 por día para los días 21 a 40 Copago de \$0 por día para los días 41 a 100 El plan cubre hasta 100 días en un SNF. Es posible que se requiera autorización previa.		
Fisioterapia	Copago de \$10 Los servicios de fisioterapia se proporcionan en diversos entornos para pacientes externos. Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia. Es posible que se requiera una remisión.		
Ambulancia	Ambulancia terrestre: copago de \$250 por transporte (un tramo) Transporte aéreo y ambulancia acuática de emergencia: coseguro del 20 % por transporte (un tramo) Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.		
Transporte	Sin cobertura		
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 20 % Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 % Es posible que se aplique un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita. Determinados medicamentos requieren autorización previa.		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Copago de \$125		Copago de \$175
	Visita al ASC u otros procedimientos, como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc. Es posible que se requiera autorización previa.		
Servicios de acupuntura (Cubiertos por Medicare)	Copago de \$30 Tratamiento de acupuntura para el dolor crónico de la parte inferior de la espalda. Debe usar proveedores participantes de American Specialty Health® (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.		
Servicios de acupuntura (No cubiertos por Medicare)	Copago de \$30 El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar un proveedor de acupuntura de American Specialty Health (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.		
Examen físico anual	Copago de \$0 Un examen por año. Por lo general, incluye pruebas como control de los signos vitales; medición de la estatura, del peso y de la presión arterial; y una inspección del cuerpo.		
Servicios de quiropraxia (Cubiertos por Medicare)	Copago de \$20 Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición). Es posible que se requiera autorización previa.		
Servicios de quiropraxia (De rutina/no cubiertos por Medicare)	Copago de \$30 El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar proveedores de quiropraxia de American Specialty Health (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.		
Cuidado del pie (Servicios de podiatría)	Copago de \$20 Exámenes y tratamiento del pie cubiertos por Medicare si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones. El cuidado del pie de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa		
Equipo/ suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Prótesis • Suministros para la diabetes 	<p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios desde el punto de vista médico que cubra Original Medicare (p. ej., sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de insulina, bomba de infusión por vía i.v., equipo de oxígeno, nebulizador, andador, calzado terapéutico o plantillas): coseguro del 20 %</p> <p>Prótesis (p. ej., dispositivo ortopédico, extremidades artificiales): coseguro del 20 %</p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes del fabricante preferido (Abbott): copago de \$0 para suministros y coseguro del 20 % para dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa en sangre</p> <p style="padding-left: 40px;">Coseguro del 20 % de fabricantes no preferidos</p> <p>Es posible que se aplique un copago de visita al consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p style="text-align: center;">Es posible que se requiera autorización previa.</p>		
Artículos de venta libre (OTC)	<p>El beneficio de OTC cubre productos sin receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos/el resfriado y vendajes.</p> <p>Los miembros reciben una asignación trimestral (tres meses) de \$50*. La asignación trimestral sin usar no se trasladará al próximo trimestre. Para obtener una lista completa de los artículos cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente. Se pueden pedir artículos por teléfono llamando al 855-434-5160 y en línea visitando azblueOTC.com.</p> <p>Estos servicios no se aplican al costo máximo total que paga de su bolsillo.</p> <p>* Los artículos comprados en una tienda minorista no son elegibles para el programa de OTC de BCBSAZ.</p>		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa			
Servicios de rehabilitación	<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$20</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$20</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10</p>		<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$30</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$30</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10</p>
<p>Los servicios de terapia ocupacional y de terapia del habla y del lenguaje para pacientes externos se proporcionan en diversos entornos para pacientes externos.</p> <p>La rehabilitación cardíaca incluye ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que cumplan con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar que, por lo general, son más rigurosos o intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p style="text-align: center;">Es posible que se requiera una remisión.</p>			
Servicios de telesalud	<p style="text-align: center;">Copago de \$0</p> <p>Los servicios de telesalud y salud conductual están cubiertos a través de BlueCare AnywhereSM, los cuales están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana; deberá usar su computadora, tableta o teléfono inteligente. Visite BlueCareAnywhereAZ.com para programar una visita con un médico, terapeuta o psiquiatra, a fin de hablar sobre sus necesidades médicas o de salud mental sin salir de su hogar.</p>		
Servicios de masaje terapéutico (No cubiertos por Medicare)	<p style="text-align: center;">Copago de \$30 por visita</p> <p>El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar un proveedor de masajes terapéuticos de American Specialty Health (ASH).</p> <p style="text-align: center;">Es posible que se requiera autorización previa.</p>		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 3 (HMO) H6936-004	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa			
Programas de bienestar	<p>Silver&Fit® proporciona acceso a diversos recursos para mantener en movimiento a los miembros desde cualquier lugar. El programa de envejecimiento saludable y ejercicio Silver&Fit ofrece Something for Everyone® (algo para todos) e incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía en un centro de acondicionamiento físico: visite un centro participante de acondicionamiento físico Silver&Fit, YMCA o un centro de entrenamiento • Programa de acondicionamiento físico para el hogar: elija 1 kit de acondicionamiento físico para el hogar Stay Fit (que contiene un dispositivo o un equipo) por año de beneficio • Asesoramiento telefónico sobre envejecimiento saludable con un asesor capacitado • Más de 8,000 clases de ejercicio por pedido en el sitio web y en la librería digital de la aplicación móvil • Clases diarias de entrenamiento en Facebook Live y YouTube • Videos de entrenamiento Signature Series para todos los niveles de acondicionamiento físico en SilverandFit.com • Más de 280 clases digitales de entrenamiento en la aplicación móvil ASHConnect™ de Silver&Fit • Herramienta Connected™ de Silver&Fit para llevar un registro de su actividad • Boletín informativo trimestral en línea <p>Visite SilverandFit.com para usar el programa Get Started (Empezar), a fin de inscribirse, armar un programa de acondicionamiento físico personalizado y obtener más información.</p> <p>Los servicios no estándares que requieran una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán.</p>		

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005
	Condado de Pima
Prima mensual del plan	\$0 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico de \$0
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$2,900 al año por servicios que recibe de proveedores de la red. Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo servicios de hospital y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año. Nota: Debe pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$175 por día para los días 1 a 7 Es posible que se requiera autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	Copago de \$225 por visita Centro hospitalario para pacientes externos para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco). Es posible que se requiera autorización previa.
Visitas al médico	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0 Visita al especialista: copago de \$30 Es posible que las visitas a especialistas requieran una remisión de su PCP.

**Primas
y beneficios**

BluePathway Plan 2 (HMO)
H6936-005

Condado de Pima

Atención preventiva

Usted no paga nada

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento por abuso del alcohol
- Densitometría ósea
- Prueba de detección del cáncer de mamas (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección del cáncer vaginal y de cuello de útero
- Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de la depresión
- Pruebas de detección de la diabetes
- Prueba de detección del VIH
- Servicios médicos de terapia nutricional
- Prueba de detección de la obesidad y asesoramiento
- Pruebas de detección del cáncer de próstata (antígeno prostático específico [PSA])
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el neumococo y la COVID-19.
- Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)
- Visita anual de bienestar

Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año del contrato.

**Atención de
emergencia**

Copago de **\$120**

Nota: Si ingresa al hospital en el término de un (1) día por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.

La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005 Condado de Pima
Servicios de urgencia	<p style="text-align: center;">Copago de \$30</p> <p>Nota: Si está fuera del área de servicio del plan y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de atención de urgencia proporcionados en un centro de atención de urgencia.</p> <p>La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>
Servicios de diagnóstico, laboratorio y estudios por imágenes	<p>Servicios de laboratorio: copago de \$0, según el servicio</p> <p>Radiografía con o sin contraste (p. ej., pecho, aortografía, pielograma intravenoso [PIV], BE): copago de \$10</p> <p>Pruebas de diagnóstico y procedimientos: copago de \$0 a \$75 o coseguro del 20 %, según el servicio. Para obtener más información sobre la cobertura y los servicios adicionales, consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos".</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de \$20 por visita</p> <p>Tratamiento del manejo del dolor (p. ej., epidurales, bloqueadores del dolor e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: coseguro del 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): coseguro del 0 %</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que se requiera una remisión de su PCP.</p>
Servicios auditivos (Cubiertos por Medicare)	<p style="text-align: center;">Copago de \$30</p> <p>Examen auditivo realizado por un PCP o especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Servicios auditivos (No cubiertos por Medicare)	<p>Los servicios están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor de TruHearing®:</p> <p>Examen auditivo: copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste y evaluación del audífono. • Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído, por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced (\$699) y Premium (\$999) de TruHearing. • Opción de mejora del audífono recargable.

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005 Condado de Pima
Servicios dentales (Cubiertos por Medicare)	<p align="center">Coseguro del 20 %</p> <p align="center">Medicare pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales que sean parte integral de un procedimiento cubierto (p. ej., reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental) o de extracciones realizadas a modo de preparación para un tratamiento con radiación a causa de una neoplasia que afecte la mandíbula. • Exámenes bucales, pero no el tratamiento, anterior a un trasplante de riñón o el reemplazo de una válvula cardíaca en determinados casos. <p align="center">Se requiere autorización previa para recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red.</p>
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare)	<p>Los siguientes servicios dentales preventivos están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor participante de DenteMax Dental. El plan paga hasta \$500 cada año por los siguientes servicios dentales preventivos. Se limita a 1 visita por año calendario, por servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza: copago de \$0 • Radiografías dentales: copago de \$0 • Examen bucal: copago de \$0
Servicios de la vista (Cubiertos por Medicare)	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo: copago de \$30</p> <p>Prueba anual para la detección del glaucoma y de la retinopatía diabética: copago de \$0</p> <p>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: coseguro del 20 %</p>
Servicios de la vista (No cubiertos por Medicare)	<p align="center">Copago de \$0</p> <p>Servicios de rutina de la vista, incluido un examen ocular no médico de rutina a través de proveedores de Davis Vision® sin ninguna afección médica o síntoma, a los fines de revisar la vista, detectar enfermedades oculares o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto:</p> <p>Cobertura de anteojos: asignación de \$150 para una sola compra cada dos años a través de proveedores de Davis Vision.</p>
Servicios de salud mental	<p align="center">Visita para pacientes internados: Copago de \$175 por día para los días 1 a 7</p> <p align="center">Visita de terapia individual o grupal para pacientes externos: copago de \$30</p> <p align="center">Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se apliquen límites.</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005 Condado de Pima
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$188 por día para los días 21 a 40 Copago de \$0 por día para los días 41 a 100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Fisioterapia	<p>Copago de \$10 por visita</p> <p>Los servicios de fisioterapia se proporcionan en diversos entornos para pacientes externos.</p> <p>Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia.</p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Ambulancia	<p>Ambulancia terrestre: copago de \$250 por transporte (un tramo) Transporte en ambulancia aérea o marítima de emergencia: coseguro del 20 % por transporte (un tramo)</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p>
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 20 % Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 %</p> <p>Es posible que se aplique un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>Determinados medicamentos requieren autorización previa.</p>
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	<p>Copago de \$175 por visita</p> <p>Visita al ASC u otros procedimientos, como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
Servicios de acupuntura (Cubiertos por Medicare)	<p>Copago de \$30 por visita</p> <p>Tratamiento de acupuntura para el dolor crónico de la parte inferior de la espalda. Debe usar proveedores participantes de American Specialty Health® (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005 Condado de Pima
Servicios de acupuntura (No cubiertos por Medicare)	El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar proveedores de acupuntura de American Specialty Health (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.
Examen físico anual	Copago de \$0 Un examen por año. Por lo general, incluye pruebas como control de los signos vitales; medición de la estatura, del peso y de la presión arterial; y una inspección del cuerpo.
Servicios de quiropraxia (Cubiertos por Medicare)	Copago de \$20 por visita Manipulación de la columna cubierta por Medicare para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición). Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de quiropraxia (De rutina/no cubiertos por Medicare)	Copago de \$30 por visita El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar proveedores de quiropraxia de American Specialty Health (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.
Cuidado del pie (Servicios de podiatría)	Copago de \$30 Exámenes y tratamiento del pie cubiertos por Medicare si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones. El cuidado del pie de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.
Equipo/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Prótesis • Suministros para la diabetes 	Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios desde el punto de vista médico que cubra Original Medicare (p. ej., sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de insulina, bomba de infusión por vía i.v., equipo de oxígeno, nebulizador, andador, calzado terapéutico o plantillas): coseguro del 20 % Prótesis (p. ej., dispositivo ortopédico, extremidades artificiales): coseguro del 20 % Suministros para el monitoreo de la diabetes del fabricante preferido (Abbott) : copago de \$0 para suministros y coseguro del 20 % para dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa en sangre Coseguro del 20 % de fabricantes no preferidos Es posible que se aplique un copago de visita al consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita. Es posible que se requiera autorización previa.

Primas y beneficios	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-005 Condado de Pima
Artículos de venta libre (OTC)	<p>El beneficio de OTC cubre productos sin receta, como vitaminas, analgésico, medicamentos para la tos/el resfriado y vendajes.</p> <p>Los miembros reciben una asignación trimestral (tres meses) de \$50*. La asignación trimestral sin usar no se trasladará al próximo trimestre.</p> <p>Para obtener una lista completa de los artículos cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente. Se pueden pedir artículos por teléfono llamando al 855-434-5160 y en línea visitando azblueOTC.com.</p> <p>Estos servicios no se aplican al costo máximo total que paga de su bolsillo.</p> <p>* Los artículos comprados en una tienda minorista no son elegibles para el programa de OTC de BCBSAZ.</p>
Servicio de rehabilitación	<p>Copago por visita, por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$30</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$30</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10</p> <p>Los servicios de terapia ocupacional y de terapia del habla y del lenguaje para pacientes externos se proporcionan en diversos entornos para pacientes externos.</p> <p>Los servicios de rehabilitación cardíaca incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que cumplan con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar que, por lo general, son más rigurosos o intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Servicios de telesalud	<p>Copago de \$0 por visita</p> <p>Los servicios de telesalud y salud conductual están cubiertos a través de BlueCare AnywhereSM, los cuales están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana; deberá usar su computadora, tableta o teléfono inteligente. Visite BlueCareAnywhereAZ.com para programar una visita con un médico, terapeuta o psiquiatra, a fin de hablar sobre sus necesidades médicas o de salud mental sin salir de su hogar.</p>
Servicios de masaje terapéutico (No cubiertos por Medicare)	<p>Copago de \$30 por visita</p> <p>El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes por año. Debe usar proveedores de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera una remisión de su PCP.</p>

**Primas
y beneficios**

BluePathway Plan 2 (HMO)

H6936-005

Condado de Pima

**Programas de
bienestar**

Silver&Fit® proporciona acceso a diversos recursos para mantener en movimiento a los miembros desde cualquier lugar. El programa de envejecimiento saludable y ejercicio Silver&Fit ofrece Something for Everyone® (algo para todos) e incluye lo siguiente:

- Membresía en un centro de acondicionamiento físico: visite un centro participante de acondicionamiento físico Silver&Fit, YMCA o un centro de entrenamiento
- Programa de acondicionamiento físico para el hogar: elija un kit de acondicionamiento físico para el hogar Stay Fit (que contiene un dispositivo o un equipo) por año de beneficio
- Asesoramiento telefónico sobre envejecimiento saludable con un asesor capacitado
- Más de 8,000 clases de entrenamiento por pedido en el sitio web y en la librería digital de la aplicación móvil
- Clases diarias de entrenamiento en Facebook Live y YouTube
- Videos de entrenamiento Signature Series para todos los niveles de acondicionamiento físico en **SilverandFit.com**
- Más de 280 clases digitales de entrenamiento en la aplicación móvil ASHConnect™ de Silver&Fit
- Herramienta Connected™ de Silver&Fit para llevar un registro de su actividad
- Boletín informativo trimestral en línea

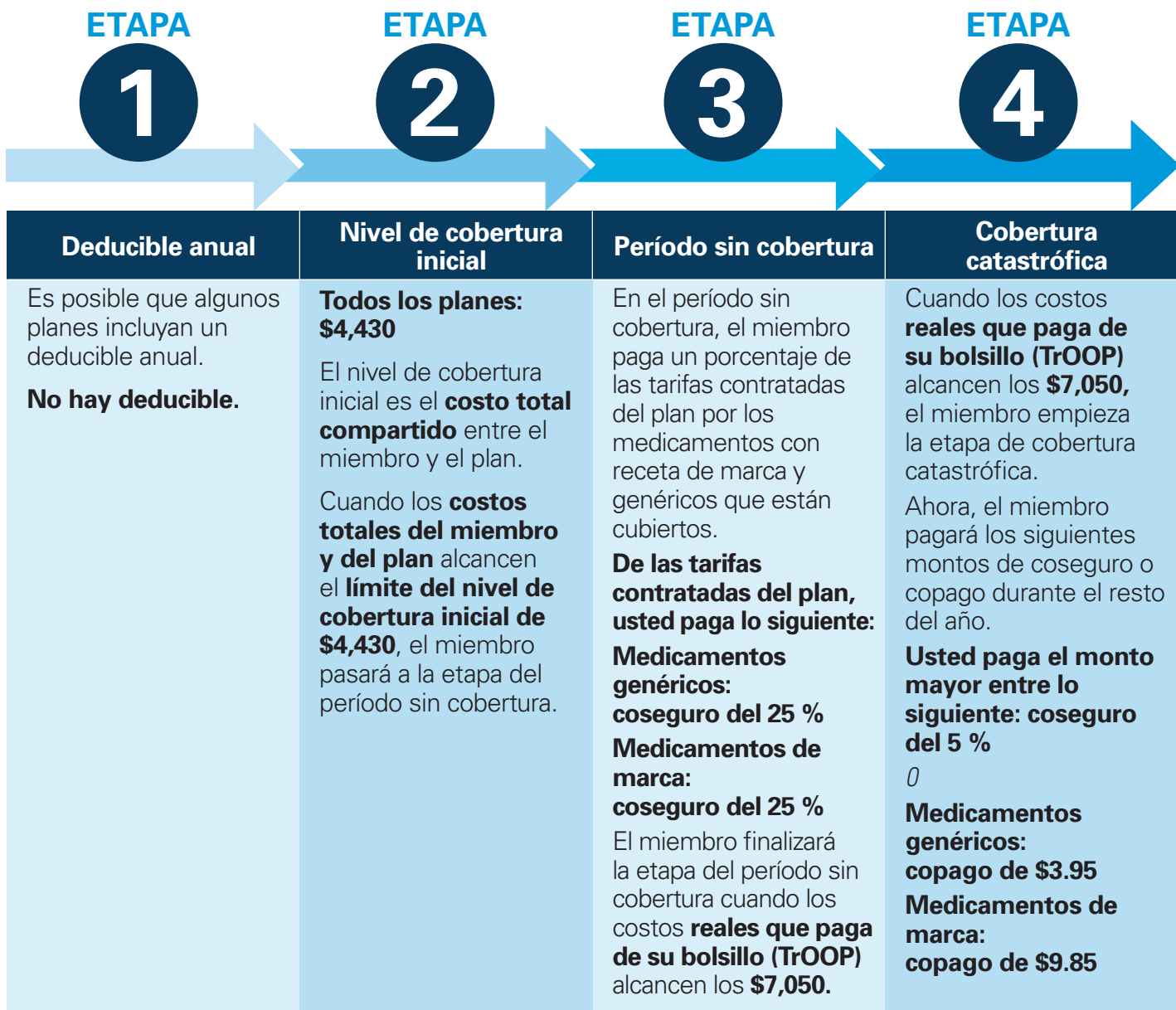
Visite **SilverandFit.com** para usar el programa Get Started (Empezar), a fin de inscribirse, armar un programa de acondicionamiento físico personalizado y obtener más información.

Los servicios no estándares que requieran una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán.

Beneficios de medicamentos con receta

El beneficio de medicamentos con receta de la Parte D tiene **cuatro etapas de cobertura**, como se indica a continuación. En cada etapa, usted y el plan pagan una parte diferente por sus costos de medicamentos con receta.

Es posible que el costo compartido cambie cuando ingrese a otra etapa del beneficio de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información, puede llamar a BCBSAZ al **1-888-274-0367, TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.



Los costos TrOOP son los costos que el miembro u otras personas en su nombre pagan de su bolsillo (copago, coseguro y deducibles) durante las Etapas 1, 2 y 3. Estos costos cuentan para el límite de bolsillo anual de \$7,050 del plan de medicamentos de Medicare del miembro. El TrOOP no incluye las primas que pagan el miembro o el plan.

Si un medicamento con receta no está incluido en la lista actual de medicamentos cubiertos (Formulario), o “Lista de medicamentos”, puede consultar el proceso para solicitar una excepción de medicamentos en la Sección 6.2 del Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura (EOC):

“Si un medicamento no está cubierto de la manera que desearía, puede solicitarnos que hagamos una ‘excepción’. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si nuestro plan rechaza su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego, evaluaremos su solicitud.

En el caso de que aceptemos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento”.

BluePathway Plan 1 (HMO)

(H6936-006)

Condado de Maricopa

Prima mensual de \$0

Lo que USTED PAGA como miembro de este plan

Etapa 1	Etapa 2		Etapa 3	Etapa 4
Etapa del deducible anual Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Etapa de cobertura inicial Hasta \$4,430 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Etapa del período sin cobertura Esta etapa comienza cuando los costos totales compartidos por medicamentos alcanzan los \$4,430	Etapa de cobertura catastrófica Esta etapa comienza cuando los costos totales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Usted paga el monto mayor entre un coseguro del 5 %
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Medicamentos de marca 25 %	0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$3.95
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$9.85
Nivel 5: Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		

A continuación, se incluye una tabla en la que se indica lo que pagará por un suministro de medicamentos para días adicionales en nuestra farmacia minorista o de pedido por correo.

Farmacia minorista o de pedido por correo Suministro para días adicionales

Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2 Medicamentos genéricos	Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 5 Medicamentos especiales
\$0 (suministro para 100 días)	\$7 (suministro para 100 días)	\$141	\$300	No se ofrece

Lo que USTED PAGA como miembro de este plan

Etapa 1	Etapa 2		Etapa 3	Etapa 4
Etapa del deducible anual Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Etapa de cobertura inicial Hasta \$4,430 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Etapa del período sin cobertura Esta etapa comienza cuando los costos totales compartidos por medicamentos alcanzan los \$4,430	Etapa de cobertura catastrófica Esta etapa comienza cuando los costos totales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Usted paga el monto mayor entre un coseguro del 5 %
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Medicamentos de marca 25 %	0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$3.95
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$9.85
Nivel 5: Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		

A continuación, se incluye una tabla en la que se indica lo que pagará por un suministro de medicamentos para días adicionales en nuestra farmacia minorista o de pedido por correo.

Farmacia minorista o de pedido por correo Suministro para días adicionales

Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2 Medicamentos genéricos	Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 5 Medicamentos especiales
\$0 (suministro para 100 días)	\$7 (suministro para 100 días)	\$141	\$300	No se ofrece

BluePathway Plan 2 (HMO)

(H6936-005)

Condado de Pima

Prima mensual de \$0

Lo que USTED PAGA como miembro de este plan

Etapa 1	Etapa 2		Etapa 3	Etapa 4
Etapa del deducible anual Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Etapa de cobertura inicial Hasta \$4,430 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Etapa del período sin cobertura Esta etapa comienza cuando los costos totales compartidos por medicamentos alcanzan los \$4,430	Etapa de cobertura catastrófica Esta etapa comienza cuando los costos totales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Usted paga el monto mayor entre un coseguro del 5 %
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Medicamentos de marca 25 %	0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$3.95
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$9.85
Nivel 5: Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		

A continuación, se incluye una tabla en la que se indica lo que pagará por un suministro de medicamentos para días adicionales en nuestra farmacia minorista o de pedido por correo.

Farmacia minorista o de pedido por correo Suministro para días adicionales

Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2 Medicamentos genéricos	Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 5 Medicamentos especiales
\$0 (suministro para 100 días)	\$7 (suministro para 100 días)	\$141	\$300	No se ofrece

BluePathway Plan 3 (HMO)

(H6936-004)

Condado de Maricopa

Prima mensual de \$32

Lo que USTED PAGA como miembro de este plan

Etapa 1	Etapa 2		Etapa 3	Etapa 4
Etapa del deducible anual Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Etapa de cobertura inicial Hasta \$4,430 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Etapa del período sin cobertura Esta etapa comienza cuando los costos totales compartidos por medicamentos alcanzan los \$4,430	Etapa de cobertura catastrófica Esta etapa comienza cuando los costos totales que paga de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Usted paga el monto mayor entre un coseguro del 5 %
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Medicamentos de marca 25 %	0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$3.95
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$9.85
Nivel 5: Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		

A continuación, se incluye una tabla en la que se indica lo que pagará por un suministro de medicamentos para días adicionales en nuestra farmacia minorista o de pedido por correo.

Farmacia minorista o de pedido por correo Suministro para días adicionales

Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 2 Medicamentos genéricos	Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Nivel 5 Medicamentos especiales
\$0 (suministro para 100 días)	\$7 (suministro para 100 días)	\$141	\$300	No se ofrece

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-800-446-8331, TTY: 711.**

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-446-8331, TTY: 711.**

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáńílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dèè, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331, TTY: 711.**

BCBSAZ tiene contratos con Medicare para proporcionar planes HMO y PPO de Medicare Advantage, así como planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato.

Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes Blue Cross y Blue Shield.

¿No es miembro aún?

Comuníquese con nuestros asesores autorizados de Medicare:

1-888-274-0367, TTY: 711

O bien, comuníquese con su agente de seguro

Los miembros actuales deben llamar al:

480-937-0409 (en Arizona)

o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre:
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

AZBlueMedicare.com



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association