

# 2022

## Resumen de beneficios

**BlueJourney (PPO)**



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.

- **BlueJourney (PPO) (H5140-001)** está disponible en el condado de Maricopa
- **BlueJourney (PPO) (H5140-002)** está disponible en el condado de Pima



## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**BCBSAZ BlueJourney** es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO). BCBSAZ cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, paga menos por sus servicios cubiertos. No obstante, si lo desea, también puede usar proveedores que no integran nuestra red. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en **azbluemedicare.com**.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de BCBSAZ, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

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**.

Los miembros inscritos en los planes PPO pueden recibir su atención médica de médicos, hospitales y otros proveedores, ya sea dentro o fuera de la red, en tanto los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesarios desde el punto de vista médico. Si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos será mayor.

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.



## ¿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

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en especial, aquellos servicios por los que usted consulta habitualmente al médico. 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, 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.
- Our plan allows you to see providers outside of our network (non-contracted providers). However, while we will pay for covered services provided by a non-contracted provider, the provider must agree to treat you. Except in an emergency or urgent situations, non-contracted providers may deny care. In addition, you will pay a higher copay or coinsurance for services received by non-contracted providers.

## 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.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de la red (proveedores sin contrato). Si bien pagaremos por los servicios cubiertos que brinde un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar brindarle atención médica a usted. Los proveedores sin contrato no están obligados a brindar atención médica, excepto en casos de emergencia o urgencia. Además, deberá pagar un copago o un coseguro más alto por los servicios que reciba de un proveedor sin contrato.

# Resumen de beneficios

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

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
Prima mensual del plan	<b>\$59</b> por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	Deducible médico de <b>\$0</b>	
Monto máximo que paga de su bolsillo	<p>Lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare proporcionados por proveedores de la red será de <b>\$5,000</b>.</p> <p>Lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red será de <b>\$10,000</b>. Si alcanza los límites 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><b>Nota:</b> 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	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 a 7  <b>Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se apliquen límites.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> por cada estadía de internación que sea médicamente necesaria.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$275</b> por visita  Centro hospitalario para pacientes externos para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco).	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
Visitas al médico	<b>Dentro de la red:</b> Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de <b>\$0</b> Visita al especialista: copago de <b>\$40</b>	<b>Fuera de la red:</b> Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de <b>\$40</b> Visita al especialista: copago de <b>\$80</b>



Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
Atención preventiva	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$0</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento por abuso del alcohol</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de mamas (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección del cáncer vaginal y de cuello de útero</li> <li>• Pruebas de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de la depresión</li> <li>• Pruebas de detección de la diabetes</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Servicios médicos de terapia nutricional</li> <li>• Prueba de detección de la obesidad y asesoramiento</li> <li>• Pruebas de detección del cáncer de próstata (antígeno prostático específico [PSA])</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el neumococo y la COVID-19</li> <li>• Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> </ul> <p>Se cubrirán los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año del contrato.</p>	
Atención de emergencia	<b>Dentro y fuera de la red: copago de \$90</b> <b>Nota:</b> 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. <b>La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</b>	
Servicios de urgencia	<b>Dentro y fuera de la red: copago de \$40</b> <b>La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</b>	

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001)	
	Condado de Pima (H5140-002)	
Servicios de diagnóstico, laboratorio y estudios por imágenes	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Servicios de laboratorio: copago de <b>\$0</b>, según el servicio</p> <p>Radiografía con o sin contraste (p. ej., pecho, aortografía, pielograma intravenoso [PIV], BE): copago de <b>\$0</b></p> <p>Pruebas de diagnóstico y procedimientos: copago de <b>\$0 a \$75</b> o coseguro del <b>20 %</b>, según el servicio.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa.</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Servicios de laboratorio: coseguro del <b>40 %</b>, según el servicio</p> <p>Radiografía con o sin contraste (p. ej., pecho, aortografía, pielograma intravenoso [PIV], BE): coseguro del <b>40 %</b></p> <p>Pruebas de diagnóstico y procedimientos: coseguro del <b>40 %</b>, según el servicio.</p>
	<p>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>	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de <b>\$40</b></p> <p>Tratamiento del manejo del dolor (p. ej., epidurales, bloqueadores del dolor e inyecciones): copago de <b>\$75</b> por tratamiento</p> <p>Radioterapia: coseguro del <b>20 %</b></p> <p>Electrocardiograma (ECG): coseguro del <b>0 %</b></p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa.</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): coseguro del <b>40 %</b></p> <p>Tratamiento del manejo del dolor (p. ej., epidurales, bloqueadores del dolor e inyecciones): coseguro del <b>40 %</b></p> <p>Radioterapia: coseguro del <b>40 %</b></p> <p>Electrocardiograma (ECG): coseguro del <b>40 %</b></p>
	<p>Examen auditivo realizado por un PCP o especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.</p>	
Servicios auditivos (Cubiertos por Medicare)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Copago de <b>\$40</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Coseguro del <b>40 %</b></p>
	<p>Examen auditivo realizado por un PCP o especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.</p>	

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001)	
	Condado de Pima (H5140-002)	
<b>Servicios auditivos</b> (No cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Los servicios auditivos están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor de TruHearing®: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo: copago de <b>\$0</b>.</li> <li>• Ajuste y evaluación del audífono.</li> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> <li>• Opción de mejora del audífono recargable.</li> </ul>	<b>Fuera de la red:</b> Se debe utilizar el proveedor TruHearing para los beneficios de audífonos dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitación o exclusión de los beneficios dentro de la red.
<b>Servicios dentales</b> (Cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Coseguro del <b>20 %</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
<b>Servicios dentales</b> (No cubiertos por Medicare)	Los siguientes servicios dentales preventivos están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor participante de DenteMax Dental. El plan paga hasta \$1,000 cada año por los siguientes servicios dentales preventivos. Cada uno de los servicios que se indican a continuación se limita a dos (2) visitas por año calendario, por servicio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza: copago de <b>\$0</b></li> <li>• Radiografías dentales: copago de <b>\$0</b></li> <li>• Examen bucal: copago de <b>\$0</b></li> </ul>	
<b>Servicios de la vista</b> (Cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo: copago de <b>\$40</b>  Prueba anual para la detección del glaucoma y de la retinopatía diabética: copago de <b>\$0</b>  Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: coseguro del <b>20 %</b>	<b>Fuera de la red:</b> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida la prueba anual para la detección del glaucoma y de la retinopatía diabética): coseguro del <b>40 %</b> , según el servicio  Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: coseguro del <b>40 %</b>

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001)	
	Condado de Pima (H5140-002)	
<b>Servicios de la vista</b> (No cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> 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: copago de <b>\$0</b> Cobertura de anteojos: asignación de <b>\$200 para una sola compra</b> cada dos años a través de proveedores de Davis Vision.	<b>Fuera de la red:</b> Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitación o exclusión de los beneficios dentro de la red.
<b>Servicios de salud mental</b>	<b>Dentro de la red:</b> Visita para pacientes internados: Copago de <b>\$260</b> por día para los días 1 a 7 Visita de terapia individual o grupal para pacientes externos: copago de <b>\$40</b> <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Visita para pacientes internados: Coseguro de <b>40 %</b> por cada estadía de internación de salud mental. Visita de terapia individual o grupal para pacientes externos: coseguro del <b>40 %</b>
<b>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b>	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1 a 20 Copago de <b>\$188</b> por día para los días 21 a 40 Copago de <b>\$0</b> por día para los días 41 a 100 <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> por cada estadía en un SNF
Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.		
<b>Fisioterapia</b>	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$40</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
Los servicios de fisioterapia se proporcionan en diversos entornos para pacientes externos. Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia.		
<b>Ambulancia</b>	<b>Dentro de la red:</b>	<b>Fuera de la red:</b>
Ambulancia terrestre: copago de <b>\$250</b> por transporte (un tramo) Transporte en ambulancia aérea o marítima de emergencia: coseguro del <b>20 %</b> por transporte (un tramo)		
<b>Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</b>		

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
Transporte	Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<b>Dentro de la red:</b> Medicamentos de quimioterapia: coseguro del <b>20 %</b> Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del <b>20 %</b>	<b>Fuera de la red:</b> Medicamentos de quimioterapia: coseguro del <b>40 %</b> Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del <b>40 %</b>
	Es posible que se aplique un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita. <b>Determinados medicamentos requieren autorización previa.</b>	
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$225</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
	Visita al ASC u otros procedimientos, como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc.	
Servicios de acupuntura (Cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$30</b> Tratamiento de acupuntura para el dolor crónico de la parte inferior de la espalda. Debe usar proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> Tratamiento de acupuntura para el dolor crónico de la parte inferior de la espalda.
	<b>Servicios de acupuntura</b> (No cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$30</b> Debe usar un proveedor de acupuntura de American Specialty Health (ASH). <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>
El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año.		
Examen físico anual	Copago de <b>\$0</b> 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.	

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
<b>Servicios de quiropraxia</b> (Cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$20</b> <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición).		
<b>Servicios de quiropraxia</b> (De rutina/no cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$30</b> <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones o exclusiones de los beneficios dentro de la red.
El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe usar un proveedor de quiropraxia de American Specialty Health (ASH).		
<b>Cuidado del pie</b> (Servicios de podiatría)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$40</b>	<b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b>
Exámenes y tratamiento del pie cubiertos por Medicare si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones. <b>El cuidado del pie de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.</b>		
<b>Equipo/ suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Prótesis</li> <li>Suministros para la diabetes</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> 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 <b>20 %</b> Prótesis (p. ej., dispositivo ortopédico, extremidades artificiales): coseguro del <b>20 %</b> <b>Es posible que se requiera autorización previa.</b>	<b>Fuera de la red:</b> 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 <b>40 %</b> Prótesis (p. ej., dispositivo ortopédico, extremidades artificiales): coseguro del <b>40 %</b>
Es posible que se aplique un costo compartido de visita al consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita. Suministros para el monitoreo de la diabetes del fabricante preferido ( <b>Abbott</b> ): copago de <b>\$0</b> para suministros y coseguro del <b>20 %</b> para dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa en sangre Coseguro del <b>20 %</b> de fabricantes no preferidos		

Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	<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 <b>\$75*</b>. 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 <b>855-434-5160</b> y en línea visitando <b>azblueOTC.com</b>.</p> <p>Estos servicios no se aplican a su monto total combinado y de la red 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>	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$40</b> por tipo de servicio: Rehabilitación cardíaca: Copago de <b>\$40</b> Rehabilitación pulmonar: Copago de <b>\$30</b> Terapia del habla y del lenguaje: Copago de <b>\$40</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> por tipo de servicio: Rehabilitación cardíaca: Coseguro del <b>40 %</b> Rehabilitación pulmonar: Coseguro del <b>40 %</b> Terapia del habla y del lenguaje: Coseguro del <b>40 %</b></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. 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>
<b>Servicios de telesalud</b>	<p>Copago de <b>\$0</b></p> <p>Los servicios de telesalud y salud conductual están cubiertos a través de BlueCare Anywhere<sup>SM</sup>, los cuales están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana; deberá usar su computadora, tableta o teléfono inteligente. Visite <b>BlueCareAnywhereAZ.com</b> 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>	
<b>Masaje terapéutico</b> (No cubiertos por Medicare)	<p><b>Dentro de la red:</b> Copago de <b>\$30</b> Debe usar un proveedor de masajes terapéuticos de American Specialty Health (ASH). <b>Es posible que se requiera autorización previa del plan.</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del <b>40 %</b> Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p>
	<p>El plan cubre la atención de rutina de 20 visitas combinadas entre quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año.</p>	

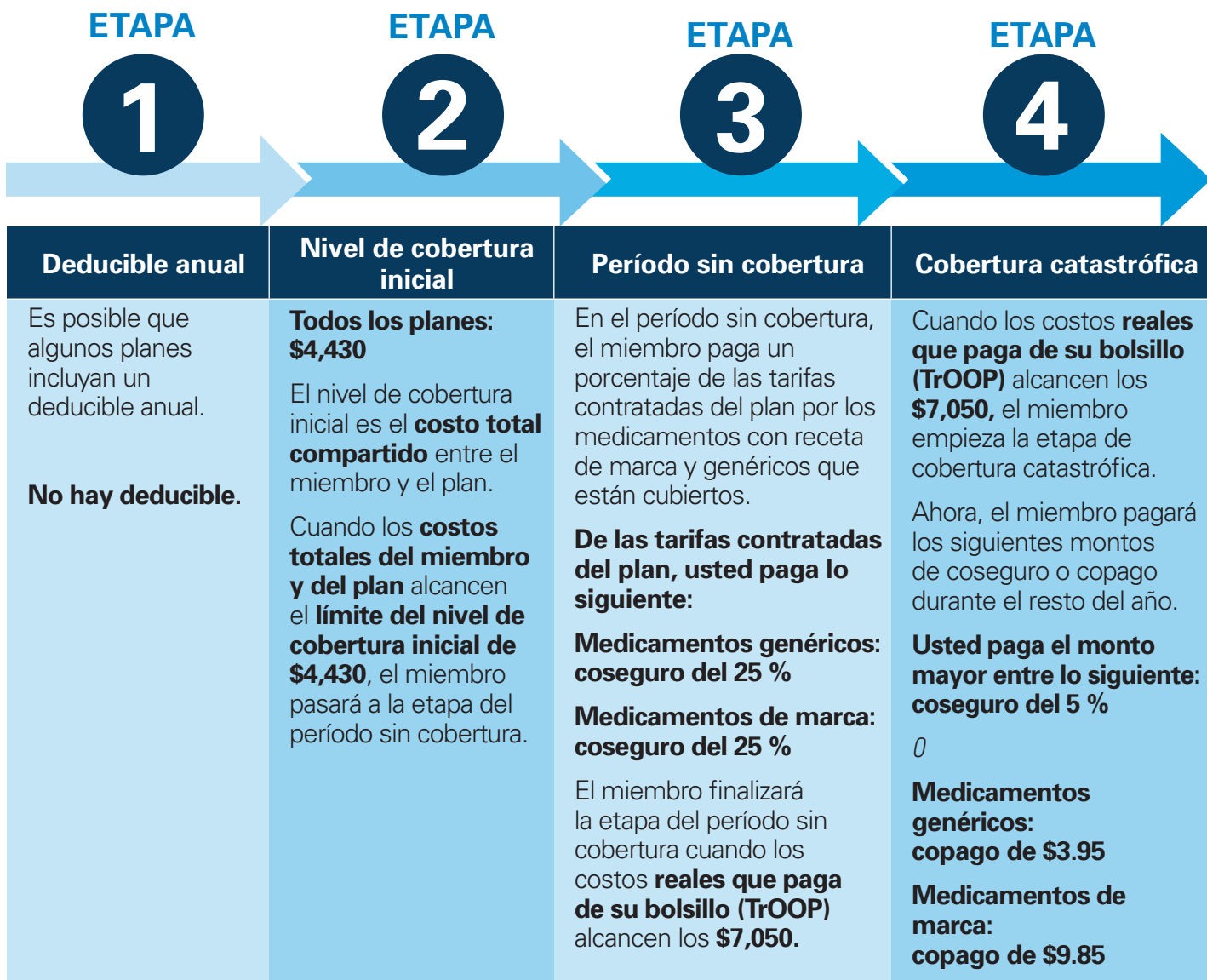
Primas y beneficios	BlueJourney (PPO)	
	Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002)	
Programas de bienestar	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Silver&amp;Fit® proporciona acceso a diversos recursos para mantener en movimiento a los miembros desde cualquier lugar. El programa de envejecimiento saludable y ejercicio Silver&amp;Fit ofrece Something for Everyone® (algo para todos) e incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía en un centro de acondicionamiento físico: visite un centro participante de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit, YMCA o un centro de entrenamiento</li> <li>• Programa de acondicionamiento físico para el hogar: elija 1 kit de acondicionamiento físico Stay Fit (que contiene un dispositivo o un equipo) por año de beneficio</li> <li>• Asesoramiento telefónico sobre envejecimiento saludable con un asesor capacitado</li> <li>• Más de 8,000 clases de entrenamiento por pedido en el sitio web y en la librería digital de la aplicación móvil</li> <li>• Clases diarias de entrenamiento en Facebook Live y YouTube</li> <li>• Videos de entrenamiento Signature Series para todos los niveles de acondicionamiento físico en <b>SilverandFit.com</b></li> <li>• Más de 280 clases digitales de entrenamiento en la aplicación móvil ASHConnect™ de Silver&amp;Fit</li> <li>• Herramienta Connected™ de Silver&amp;Fit para llevar un registro de su actividad</li> <li>• Boletín informativo trimestral en línea</li> </ul> <p>Visite <b>SilverandFit.com</b> 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&amp;Fit y no se reembolsarán.</p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitación o exclusión de los beneficios dentro de la red.</p>



# 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 (copagos, 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.

# BlueJourney (PPO): condado de Maricopa

(H5140-001)

**Condado de Maricopa  
y condado de Pima**

Prima mensual de \$59

# BlueJourney (PPO): condado de Pima

(H5140-002)

## Lo que USTED PAGA como miembro de este plan

Etapa 1	Etapa 2		Etapa 3	Etapa 4
<b>Etapa del deducible anual</b> Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	<b>Etapa de cobertura inicial</b> Hasta \$4,430 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo <b>total compartido</b> entre usted y el plan		<b>Etapa del período sin cobertura</b> Esta etapa comienza cuando los costos <b>totales compartidos</b> por medicamentos alcanzan los \$4,430	<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> Esta etapa comienza cuando los costos <b>totales que paga de su bolsillo</b> por medicamentos alcancen los \$7,050
	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para días adicionales</b>		
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	\$9	\$9 (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)	\$9 (suministro para 100 días)	\$141	\$300	No se ofrece

**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

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

**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 yánnílti’ go Diné Bizaad, saad bee áká’ ánída’ áwo’ dèè, t’áá jiik’eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331**, TTY: **711**.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de BCBSAZ, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

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 el 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](https://www.AZBlueMedicare.com)**



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association