

2024

Resumen de beneficios

BlueJourney (PPO) – Condados de Maricopa y Pima



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Lista de verificación para la preinscripción de 2024

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un consultor de Medicare con licencia al **1-888-274-0367, TTY: 711**.

Comprensión de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) le proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **azblue.com/medicare** o llame al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711** para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o consulte con su prestador de servicios médicos) para verificar si los profesionales médicos a los que consulta ahora se encuentran dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar 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.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B. 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 2024.
- Nuestro plan le permite visitar a proveedores fuera de la red (proveedores sin contrato). Sin embargo, 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, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de un proveedor sin contrato.

Resumen de beneficios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (AZ Blue).

AZ Blue tiene contratos con Medicare para proporcionar planes Medicare Advantage PPO, así como planes PDP. La inscripción en los planes de AZ Blue 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 cubiertos 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 en azblue.com/medicare.

Lo que debe saber sobre AZ Blue



Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
 - Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
-



Números de teléfono y sitio web de AZ Blue

- 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: **azblue.com/medicare**.



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en AZ Blue, debe tener cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B y vivir en nuestra área de cobertura.

- **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 utilizar?

AZ Blue BlueJourney es un plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). AZ Blue cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar al Departamento de Servicio al Miembro (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en **azblue.com/medicare**.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de AZ Blue, excepto en situaciones de emergencia. Llame al número del Departamento de Servicio al Miembro o revise la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que aplican a los servicios fuera de la red.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en **azblue.com/medicare**.

Los miembros inscritos en los planes PPO pueden recibir atención médica de médicos, hospitales y otros proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Si utiliza un proveedor fuera de la red, la Parte del costo que les corresponde puede ser mayor.

AZ Blue también cuenta con una amplia red de farmacias para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. En general, usted debe utilizar estas farmacias de la red.



¿Qué cubrimos?

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

- **Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, es posible que pague más en nuestro plan que en Medicare Original. Por otros, es posible que pague menos.**
- **Los miembros de nuestro plan también *obtienen más beneficios de los que cubre Medicare Original. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.***

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

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: **[azblue.com/medicare](https://www.azblue.com/medicare)**.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.



¿Cómo puedo determinar los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en seis "niveles". Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel en el que se encuentre el medicamento y de la etapa del beneficio que usted haya alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficio que existen: Deducible anual (si corresponde), Cobertura inicial, Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2023). Consúltelo en línea en **www.medicare.gov** o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si usted ya es miembro y tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 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.

Resumen de beneficios Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|---|--|
| Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. | \$60 por mes | |
| Deducible (médico) | \$0 | |
| Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo Recuerde: Debe pagar sus primas mensuales y costos compartidos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos de la Parte D no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. | Dentro de la red: \$3,600 es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de Parte de proveedores dentro de la red. | Fuera de la red: \$5,400 es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores fuera de la red. \$5,400 es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro y fuera de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos de la Parte A y la Parte B y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. |
| Cobertura para pacientes hospitalizados | Dentro de la red: Copago de \$250 por día por los días 1 a 6 Puede requerir autorización previa. | Fuera de la red: Coseguro de 40% por cada hospitalización medicamente necesaria |
| Cobertura para pacientes ambulatorios Centro hospitalario para pacientes ambulatorios para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco). Puede requerir autorización previa. | Dentro de la red: copago de \$250 por visita | Fuera de la red: Coseguro de 40% |
| Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgery Center, ASC) Visita a un ASC u otros procedimientos como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc. | Dentro de la red: Copago de \$200 | Fuera de la red: Coseguro de 40% |
| Visitas al médico | Dentro de la red: Proveedor de atención primaria Visita al médico PCP: copago de \$0 Visita al médico especialista: copago de \$30 | Fuera de la red: Proveedor de atención primaria Visita al médico PCP: copago de \$30 Visita al médico especialista: copago de \$50 |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|--|--|--|
| <p>Atención preventiva Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Exámenes de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes • Exámenes de detección de HIV • Servicios de terapia de nutrición médica • Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo y vacunas contra el COVID-19 • Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Visita anual de bienestar <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> | <p>Fuera de la red: Coseguro de 40%</p> |
| <p>Atención de emergencia dentro de Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Recuerde: Si es admitido en el hospital en el transcurso del mismo día con la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> | <p>Dentro de la red: \$125</p> | <p>Fuera de la red: \$125</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|--|--|
| Atención de emergencia (en todo el mundo) | Dentro de la red: No corresponde | Fuera de la red: Sala de emergencias: copago de \$100 Transporte de emergencia: copago de \$100 Límite combinado de por vida de \$60,000 para atención de emergencia y urgencia en todo el mundo |
| Atención de urgencia (Dentro de Estados Unidos y sus territorios) | Dentro de la red: Copago de \$35 | Fuera de la red: Copago de \$35 |
| Atención de urgencia (en todo el mundo) | Dentro de la red: No corresponde | Fuera de la red: Copago de \$100 Límite combinado de por vida de \$60,000 para atención de emergencia y urgencia en todo el mundo |
| Servicios de diagnóstico, laboratorios e Imágenes Consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios para obtener más información sobre servicios adicionales y detalles de la cobertura. Los costos pueden variar según el lugar donde reciba el servicio. | Dentro de la red: Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$75 o coseguro de 0% a 20% , según el servicio Servicios de laboratorio: copago de \$0 , según el servicio Radiografía con o sin contraste (p. ej., aortograma de tórax, PIV, BE): copago de \$0 Puede requerir autorización previa. | Fuera de la red: Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Coseguro de 40% , según el servicio Servicios de laboratorio: Coseguro de 40% , según el servicio Radiografía con o sin contraste (p. ej., aortograma de tórax, PIV, BE): coseguro de 40% |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|--|---|
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de \$30</p> <p>Tratamiento para el manejo del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: Coseguro de 20%</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 0%</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): Coseguro de 40%</p> <p>Tratamiento para el control del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): Coseguro de 40%</p> <p>Radioterapia: Coseguro de 40%</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 40%</p> |
| <p>Servicios de audición (Cubierto por Medicare)</p> <p>Examen de audición realizado por un PCP o un especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$25</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Coseguro de 40%</p> |
| <p>Servicios de audición (No cubierto por Medicare)</p> <p>Los servicios están cubiertos a través de los proveedores de TruHearing®. Incluye ajuste de audífonos y evaluación.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Examen de audición: Copago de \$0</p> <p>Hasta dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año). Incluye actualización a audífono recargable gratuita.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Examen de audición no cubierto por Medicare: coseguro de 40%</p> <p>El proveedor de TruHearing se debe utilizar para los beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|--|---|--|
| <p>Servicios dentales (Cubierto por Medicare)</p> <p>Servicios dentales que son Parte integral de un procedimiento cubierto (p. ej., reconstrucción de la mandíbula luego de una lesión accidental) o extracciones realizadas en preparación para el tratamiento de radiación por enfermedades neoplásicas que involucran la mandíbula.</p> <p>Exámenes bucales, pero no tratamiento, antes de un trasplante de riñón o un reemplazo de válvulas cardíacas, en determinadas circunstancias.</p> | <p>Dentro de la red: Coseguro de 20%</p> | <p>Fuera de la red: Coseguro de 40%</p> |
| <p>Servicios dentales (No cubierto por Medicare)</p> <p>Los servicios dentales preventivos/integrales están cubiertos cuando se reciben de Parte de un proveedor dental participante.</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$10 por visita al consultorio Beneficio máximo de \$3,000 por año calendario para todos los servicios. Preventivo: copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • dos exámenes bucales por año • dos limpiezas por año • dos radiografías de aleta de mordida por año <p>Básico: Coseguro de 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • empastes • tratamiento de emergencia para el dolor dental • extracciones simples <p>Principal: Coseguro de 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • puentes, prótesis dentales • coronas, inlays/onlays • implantes • límite de sustitución de 7 años | <p>Fuera de la red: Coseguro de 50%. Los proveedores “fuera de la red” no tienen contrato con AZ Blue ni con el proveedor dental independiente de la red de AZ Blue. Los proveedores fuera de la red establecen sus propias tarifas, pueden cobrar a los miembros hasta el total de los cargos facturados y no tienen obligación de presentar reclamaciones de los miembros.</p> <p>Para proveedores fuera de la red dentro de Arizona: Cuando se aplica el cargo máximo permitido (Maximum allowed charge, MAC), es el menor entre el cargo del proveedor o el programa MAC aplicable. Cuando se aplica el cargo usual y habitual, el cargo facturado por los proveedores determinará el monto de la cantidad asignada.</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|--|--|
| Atención de la vista (Cubierto por Medicare) | Dentro de la red: Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista: copago de \$30 Evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética: copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (no se combinan). Coseguro de 20% | Fuera de la red: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oftalmológicas (incluida la evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética): Coseguro de 40% Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (no se combinan). Coseguro de 40% |
| Atención de la vista (No cubierto por Medicare) Servicios de la vista de rutina incluido el examen oftalmológico no médico a través de proveedores de Davis Vision® sin ninguna afección o síntoma médico y con el fin de revisar la visión, detectar enfermedades oftalmológicas y/o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto. | Dentro de la red: Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina Cobertura de anteojos: asignación anual de \$200 para una única compra a través de proveedores de Davis Vision | Fuera de la red: Examen de la vista de rutina: Coseguro de 40% Cobertura de anteojos: coseguro de 40% para una sola compra anual. El proveedor Davis Vision se debe utilizar para los beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red. |
| Servicios de salud mental | Dentro de la red: Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Copago de \$250 por día por los días 1 a 6 Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$30 | Fuera de la red: Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Coseguro de 40% por cada hospitalización por salud metal Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios: Coseguro de 40% |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|--|---|
| <p>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$203 por día por los días 21 a 40</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 41 a 100</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Días 1 a 100 Coseguro de 40% por cada hospitalización en un SNF</p> |
| <p>Fisioterapia</p> <p>Los servicios de fisioterapia se brindan en varios entornos ambulatorios.</p> <p>Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$40</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Coseguro de 40%</p> |
| <p>Ambulancia</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: Coseguro de 20% por transporte de ida</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida para servicios de ambulancia terrestre de emergencia. Coseguro de 40% por servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: Coseguro de 40% por transporte de ida o de vuelta</p> |
| <p>Transporte</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Sin cobertura</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|--|--|---|
| <p>Medicamentos de Medicare Parte B</p> <p>Se puede aplicar un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>En algunos casos, el plan exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para tal afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina “tratamiento escalonado”.</p> <p>Ciertos medicamentos requieren autorización previa.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Coseguro del 20% para medicamentos recetados de Medicare Parte B, incluidos medicamentos de quimioterapia, excepto la insulina cubierta por la Parte B. (Consulte a continuación para obtener más información sobre la cobertura de insulina).</p> <p>Sin embargo, a partir del 1 de abril de 2023, puede pagar un coseguro de menos del 20% para medicamentos recetados de Medicare Parte B si el medicamento aparece en la lista de medicamentos reembolsables de Medicare, que está publicada en la Web.</p> <p>La lista de medicamentos y el coseguro que debe pagar pueden cambiar de un trimestre a otro.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, el monto que debe pagar por un suministro de un mes de insulina cubierta por Medicare Parte B nunca será superior a \$35.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Coseguro del 40% para medicamentos recetados de Medicare Parte B, incluidos medicamentos de quimioterapia, excepto la insulina cubierta por la Parte B. (Consulte a continuación para obtener más información sobre la cobertura de insulina).</p> <p>Sin embargo, a partir del 1 de abril de 2023, puede pagar un coseguro de menos del 40% para medicamentos recetados de Medicare Parte B si el medicamento aparece en la lista de medicamentos reembolsables de Medicare, que está publicada en la Web.</p> <p>La lista de medicamentos y el coseguro que debe pagar pueden cambiar de un trimestre a otro.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, el monto que debe pagar por un suministro de un mes de insulina cubierta por Medicare Parte B nunca será superior a \$35.</p> |
| <p>Servicios de acupuntura (Cubierto por Medicare)</p> <p>Tratamiento para el dolor lumbar crónico. Debe utilizar proveedores participantes de American Specialty Health® (ASH).</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$30</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Coseguro de 40%</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|---|---|
| <p>Servicios de acupuntura (No cubierto por Medicare)</p> <p>El plan cubre 30 visitas de atención de rutina combinadas entre servicios de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe utilizar un proveedor de acupuntura de American Specialty Health (ASH).</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$15</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red: Copago de \$15</p> <p>Se debe utilizar el proveedor American Specialty Health (ASH) para los beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |
| <p>Examen físico anual (No cubierto por Medicare)</p> <p>Un examen por año. Por lo general, incluye pruebas como: control de los signos vitales; medición de altura, peso y presión arterial; e inspección del cuerpo.</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> | <p>Fuera de la red: Coseguro de 40%</p> |
| <p>Servicios quiroprácticos (Cubierto por Medicare)</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de posición).</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red: Coseguro de 40%</p> |
| <p>Servicios quiroprácticos (No cubierto por Medicare)</p> <p>El plan cubre 30 visitas de atención de rutina combinadas entre servicios de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe utilizar un proveedor de quiropraxia de American Specialty Health (ASH).</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$15</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red: Copago de \$15</p> <p>Se debe utilizar el proveedor American Specialty Health (ASH) para los beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |
| <p>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) (Cubierto por Medicare)</p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p> <p>El cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.</p> | <p>Dentro de la red: Copago de \$30</p> | <p>Fuera de la red: Coseguro de 40%</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|--|--|---|
| <p>Comidas</p> <p>El Plan puede proporcionar catorce (14) comidas por alta calificada de una estadía autorizada en un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación cuando lo disponga el personal del Plan.</p> <p>Los tipos de comidas incluyen bienestar general, baja en sodio, apta para el corazón, apta para diabéticos, apta para problemas renales, sin gluten, vegetariana, para personas con cáncer, en puré, halal y kosher.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p> |
| <p>Suministros / equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de insulina, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador, calzado o plantillas terapéuticos • Dispositivos protésicos <ul style="list-style-type: none"> • aparatos ortopédicos, prótesis • Suministros para la diabetes <p>Se puede aplicar un costo compartido por visita al consultorio por separado si se brindan otros servicios en el momento de la visita.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original: coseguro de 20%</p> <p>Dispositivos protésicos: Coseguro de 20%</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare del fabricante preferido (Lifescan y Roche): Copago de \$0 para fabricantes preferidos (Abbott)</p> <p>Coseguro de 20% para fabricantes no preferidos</p> <p>Coseguro de 20% para dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre de Abbott</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de fabricantes no preferidos: coseguro de 20%</p> <p>Todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare: coseguro de 20%</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original: Coseguro de 40%</p> <p>Dispositivos protésicos: Coseguro de 40%</p> <p>Suministros para la diabetes cubiertos por Medicare, incluidos los suministros de control: coseguro de 40%</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|---|--|
| <p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Beneficios trimestrales flexibles en una tarjeta prepagada para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo en productos relacionados con la salud. Los saldos trimestrales no se trasladan.</p> <p>Los dólares de beneficios se pueden gastar en las tiendas minoristas participantes. Visite azblue.com/medicare o llame al Departamento de Servicio al Miembro al 602-313-7135, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. para obtener información adicional y la ubicación de las tiendas.</p> | <p>Asignación de \$50 por trimestre</p> | |
| <p>Servicios de rehabilitación</p> <p>Los servicios de terapia ocupacional y terapia de rehabilitación del habla y del lenguaje para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios.</p> <p>La rehabilitación cardíaca incluye ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que cumplan con ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$25</p> <p>Rehabilitación pulmonar: Copago de \$20</p> <p>Terapia del habla y el lenguaje: Copago de \$40</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Coseguro por tipo servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: coseguro de 40%</p> <p>Rehabilitación pulmonar: Coseguro de 40%</p> <p>Terapia del habla y el lenguaje: Coseguro de 40%</p> <p>Se puede aplicar un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la consulta. Si se realiza el mismo tipo de servicio en la misma sesión, más de una vez, solo se aplicará un copago.</p> |
| <p>Masajes terapéuticos</p> <p>(No cubierto por Medicare)</p> <p>El plan cubre 30 visitas de atención de rutina combinadas entre servicios de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe utilizar un proveedor de terapia de masajes de American Specialty Health (ASH).</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa del plan.</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Se debe utilizar el proveedor American Specialty Health (ASH) para los beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|---|--|---|
| <p>Programas de acondicionamiento físico</p> <p>SilverSneakers® es mucho más que un programa de acondicionamiento físico. Es una oportunidad para mejorar su salud, ganar confianza y conectarse con su comunidad, sin costo adicional con muchos planes de Medicare. Ya sea que juegue tenis, practique natación, levante pesas, vaya al gimnasio o tome clases desde su casa, SilverSneakers le ofrece opciones para todas sus necesidades. El movimiento y el ejercicio son esenciales para su salud, y SilverSneakers lo apoya en cualquier forma en que decida moverse:</p> <p>En los gimnasios participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miles de ubicaciones participantes¹ con diversas comodidades • Posibilidad de inscribirse en múltiples ubicaciones en cualquier momento • Clases de SilverSneakers² diseñadas para todos los niveles dirigidas por instructores sénior de acondicionamiento físico <p>En su comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases y actividades grupales² fuera del gimnasio • SilverSneakers Community Fitness Clases, grupos de caminata y talleres en parques, centros comunitarios y más • Eventos que incluyen comidas compartidas, celebración de días festivos y conexiones sociales <p>En casa o de viaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases y talleres virtuales de SilverSneakers LIVE durante toda la semana • Clases de acondicionamiento físico de SilverSneakers a pedido, disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana • Aplicación móvil SilverSneakers GO con planes de entrenamiento personalizables y más <p>Comience en 3 sencillos pasos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingrese en SilverSneakers.com/StarHere para crear una cuenta en línea. 2. Inicie sesión para ver el número de identificación de miembro y llévelo a una ubicación participante. 3. ¡Comience una rutina saludable con el apoyo que necesita! También puede disfrutar de entrenamientos virtuales en línea a través de su nueva cuenta. | <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted no paga nada*</p> | <p>Fuera de la red:</p> <p>Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |

| Primas y beneficios | BlueJourney (PPO) Condado de Maricopa (H5140-001) Condado de Pima (H5140-002) | |
|--|--|---|
| <p>Programas de acondicionamiento físico (continuación)</p> <p>¿Tiene preguntas? Visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.</p> <p>¹ Las ubicaciones participantes (Participating Locations, PL) no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de las ubicaciones participantes está limitado a los términos y las condiciones de la membresía básica de dichas ubicaciones participantes. Las instalaciones y los servicios varían según la ubicación participante.</p> <p>² La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según la ubicación.</p> <p><i>SilverSneakers y el logotipo de zapatilla de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</i></p> | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada*</p> | <p>Fuera de la red: Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier monto máximo, limitaciones y/o exclusiones de los beneficios dentro de la red.</p> |

Beneficios de los medicamentos con receta

El beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D cuenta con **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 comunicarse con AZ Blue al **1-888-274-0367, 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.



Los costos TrOOP son los gastos de bolsillo (copagos, coseguro y deducibles) que pagan el miembro u otras personas en nombre del miembro durante las Etapas 1, 2 y 3. Estos costos cuentan para el límite anual de gastos de bolsillo de \$8,000 del plan de medicamentos de Medicare del miembro. El TrOOP no incluye las primas pagadas por el miembro o el plan.

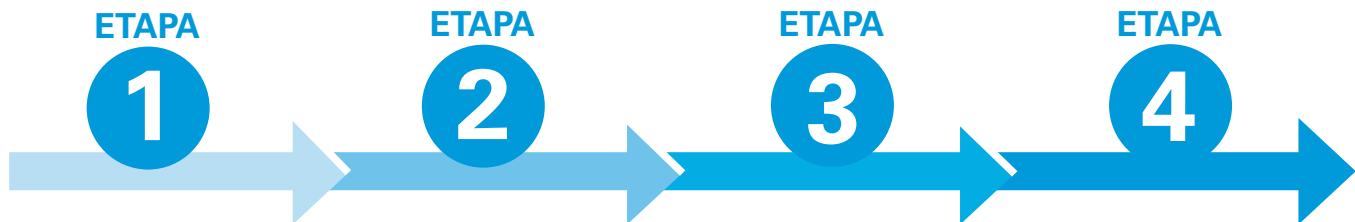
Lo que le corresponde pagar como miembro de este plan

Condado de Maricopa y condado de Pima

BlueJourney (PPO) – Condado de Maricopa (H5140-001)

Prima mensual de \$60

BlueJourney (PPO) – Condado de Pima (H5140-002)



| Etapa del deducible anual | Etapa de cobertura inicial | | Etapa del período sin cobertura | Etapa de cobertura en situaciones catastróficas |
|---|--|---|---|---|
| | Hasta \$5,030 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan | | Esta etapa comienza cuando el costo compartido total de los medicamentos alcance los \$5,030 | Esta etapa comienza cuando el costo total que paga de su bolsillo por los medicamentos alcance los \$8,000 |
| Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Suministro de 30 días | Suministro de días adicionales (compra minorista o por correo) | | |
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos | \$0 | \$0 (suministro de 100 días) | Genéricos 25% | Medicamentos genéricos \$0 |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos | \$9 | \$9 (suministro de 100 días) | Medicamentos de marca 25% | Medicamentos de marca \$0 |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$47 | \$141 | | |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | \$100 | \$300 | | |
| Nivel 5: Medicamentos especiales | 33% | No se ofrece | | |
| Nivel 6: Medicamentos seleccionados | \$0 | \$0 | | |

Si un medicamento recetado no está incluido en la lista actual de Medicamentos cubiertos (Formulario) o "Lista de Medicamentos", el proceso para solicitar una excepción para un medicamento se analiza en el Capítulo 9, Sección 6.2 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 rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego, evaluaremos su solicitud.

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

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Brindamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información redactada 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 yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dęę, t'áá jik'eh, éí ná hóló, kojí hódílnih **1-800-446-8331, TTY: 711**.

OptumRx es una compañía independiente que ofrece servicios de pedidos por correo en farmacias.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a miembros de BCBSAZ, excepto en situaciones de emergencia. Llame al número del Departamento de Servicio al Miembro o revise la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso los costos compartidos que aplican a los servicios fuera de la red.

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

BCBSAZ ofrece planes BlueJourney PPO Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad plena de BCBSAZ, ofrece los planes Blue Best Life Classic y Plus HMO.

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.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-446-8331. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-446-8331。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-446-8331. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-446-8331 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-446-8331 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-446-8331 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-446-8331. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-446-8331. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-446-8331にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohj' 1-800-446-8331 nihich'j' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

¿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**

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

azblue.com/medicare



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association