



BlueCross BlueShield
of Illinois

Resumen de Beneficios

Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM

1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios cubiertos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

Y0096_5715ILPDP23_M

243082.0722

Resumen de Beneficios del 2023

Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)

Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) y **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)** son parte de un plan PDP Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La información proporcionada sobre los beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-888-285-2249 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en getblueil.com/pdp.

Para registrarse en **Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)** o **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio cubre el estado de Illinois.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted recurre a los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios, a menos que se indique lo contrario en su Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y Usted**". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande.

Para obtener más información, llámenos al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados, o bien visite getblueil.com/pdp.

Comprensión de los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial para aquellos servicios para los que habitualmente suele consultar a un médico. Para ver una copia de la EOC, visite getblueil.com/pdp o llame al 1-888-285-2249.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que usa para adquirir cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para adquirir sus medicamentos con receta.

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM
Prima Mensual del Plan <i>(incluye medicamentos y servicios médicos)</i>	Usted paga \$17.80 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM
Prima Mensual del Plan <i>(incluye medicamentos y servicios médicos)</i>	Usted paga \$93.70 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
Deducible	<p>\$505 por año para medicamentos con receta de la Parte D, a excepción de los Medicamentos Genéricos Preferidos de Nivel 1 y los Medicamentos Genéricos de Nivel 2 que están excluidos del deducible.</p> <p>Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, usted abandona la Etapa de Deducibles y pasa a la siguiente etapa de cobertura para medicamentos, que corresponde a la Etapa de Cobertura Inicial.</p> <p>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra, incluso si todavía no ha pagado su deducible.</p>

Primas y Beneficios		Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) SM		
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios				
	Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Locales comerciales estándar para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Entrega a domicilio preferida Suministro para 90 días	Entrega a domicilio estándar Suministro para 90 días
Cobertura inicial				
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago	\$45 de copago
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$5 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	\$44 de copago	\$47 de copago	\$132 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos no Preferidos	46% del costo total	49% del costo total	46% del costo total	49% del costo total
Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados * Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.	25% del costo total	25% del costo total	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5.
Brecha en cobertura	Durante esta fase, pagará el 25% por los medicamentos de marca o genéricos.			

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios				
Deducible	<p>\$505 por año para medicamentos con receta de la Parte D, a excepción de los Medicamentos Genéricos Preferidos de Nivel 1 y los Medicamentos Genéricos de Nivel 2 que están excluidos del deducible.</p> <p>Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, usted abandona la Etapa de Deducibles y pasa a la siguiente etapa de cobertura para medicamentos, que corresponde a la Etapa de Cobertura Inicial.</p> <p>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra, incluso si todavía no ha pagado su deducible.</p>			
	Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Locales comerciales estándar para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Entrega a domicilio preferida Suministro para 90 días	Entrega a domicilio estándar Suministro para 90 días
Cobertura inicial				
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$1 de copago	\$10 de copago	\$3 de copago	\$30 de copago
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$5 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	\$45 de copago	\$47 de copago	\$135 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos no Preferidos	36% del costo total	40% del costo total	36% del costo total	40% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios				
<p>Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados</p> <p>* Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.</p>	25% del costo total	25% del costo total	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5.
Brecha en cobertura	<p>Su plan proporciona cobertura adicional por medio de la interrupción en la cobertura. Para medicamentos de Nivel 1, usted continúa pagando los mismos montos que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.</p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura. Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,660.</p> <p>Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un 25% del costo del plan por los medicamentos incluidos de marca y un 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos incluidos hasta que el costo total sea de \$7,400, que es el final de la interrupción en la cobertura. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.</p> <p>Conforme a su plan, es posible que pague incluso menos por los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos que aparecen en la Lista de Medicamentos. Su costo varía según la categoría. Deberá usar su Lista de Medicamentos para encontrar la categoría en el que se encuentra su medicamento.</p>			

Primas y Beneficios	Blue Cross MedicareRx Choice (PDP) SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios		
<p>Cobertura para casos catastróficos (<i>después de que usted u otros en su nombre paguen \$7,400</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Medicamentos genéricos ◦ Medicamentos de marca 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor) <p>Medicamentos de Marca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor) 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor) <p>Medicamentos de Marca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)
Los gastos compartidos pueden variar en función de la farmacia que elija.		



**BlueCross BlueShield
of Illinois**

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con un Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/ TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono mediante la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington D. C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711)。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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711)。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: سيقوم شخص ما يتحدث العربية إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول (TTY/) 1-888-285-2249 (TDD: 711). بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). 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に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご利用になるには、1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711) 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。



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para obtener más información.

Planes de medicamentos con receta proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Illinois, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes de HISC depende de la renovación del contrato.

La prima de la póliza, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según la categoría de Beneficio Adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.