

Resumen de beneficios de 2021

- PÁGINAS 04 A 12** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
- PÁGINAS 13 A 26** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO) PREMIERA
BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
- PÁGINAS 27 A 36** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)
- PÁGINAS 37 A 48** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)

Resumen de beneficios de 2021

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO) H7245-006
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO) H7245-008
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO) H7245-001
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO) H7245-002
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO) H7245-005
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO) H9302-011
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO) H9302-007
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO) H9302-004
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO) H9302-003
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO) H7245-003

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud que cubre Premera Blue Cross Medicare Advantage Core (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Core Plus (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Charter + Rx (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic Plus (HMO) del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Premera Blue Cross Medicare Advantage Core (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Core Plus (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Charter + Rx (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic Plus (HMO) son planes que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios que se proporciona no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para ver una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" llamando a Servicio al Cliente o accediendo a nuestro sitio web: premera.com/ma.

Para inscribirse en **Premera Blue Cross Medicare Advantage Core (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Core Plus (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Charter + Rx (HMO) o Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic Plus (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir dentro de nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Washington: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla y Whatcom.

Si acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia. Nuestro número de TDD/TTY para personas con discapacidades auditivas es 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y español.

Para obtener más información, llámenos al 888-850-8526 (TTY/ TDD: 711) o visítenos en premera.com/ma.

Nuestros representantes están disponibles:

Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$12 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$75 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible de la Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible de la Parte D	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, los cuales se excluyen del deducible.
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$6,300 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$5,000 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes no hospitalizados	Usted paga el 20 % del costo total por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$350 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.
Visitas al médico		
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de \$15 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$10 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$5 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$0 por visita de atención virtual.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
Especialistas	Usted paga \$45 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$40 por visita de atención virtual.	Usted paga \$30 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$25 por visita de atención virtual.
Atención preventiva (como vacunas antigripales o exámenes preventivos de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Radiografías para pacientes no hospitalizados Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	Usted paga el 20 % del costo total. Usted paga un copago de \$20 por día. Usted paga un copago de \$20 por día. Usted paga el 20 % del costo total. Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga el 20 % del costo total. Usted paga un copago de \$10 por día. Usted paga un copago de \$10 por día. Usted paga el 20 % del costo total. Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
<p>Servicios de audición</p> <p>Examen del oído cubierto por Medicare</p> <p>Examen del oído de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p> <p>Sin cobertura.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 para un examen del oído de rutina por año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales de rutina</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p> <p>Para ver los servicios dentales (de rutina), consulte la sección “Beneficios dentales complementarios opcionales” que aparece más adelante en el folleto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. • Examen periodontal completo: uno por año calendario. • Limpieza de rutina: se limita a dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario ○ Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario. • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
Servicios dentales		<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía panorámica o completa: una vez cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a una vez por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. • \$200 para servicios adicionales preventivos, básicos, de diagnóstico y de restauración.
Servicios de la vista		
Examen de la vista cubierto por Medicare	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.</p>
Anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de \$45 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.
Anteojos y lentes de contacto de rutina	Sin cobertura.	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados</p>	<p>Usted paga un copago de \$390 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$390 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$310 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B</p>	<p>Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>

Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom					Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla				
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)					PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)				
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)					BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)				
Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.				Fase de deducible	Durante esta etapa, usted pagará el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 4 y 5.			
Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.					Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.				
	Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$15.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$20.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$120.	Usted paga un copago de \$47.

Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom					Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla				
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)					PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)				
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.	Usted paga el 33 % del costo.
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo.	Usted paga el 29 % del costo.	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo.	Usted paga el 29 % del costo.	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo.

Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom	Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.	El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.
Etapa sin cobertura	Etapa sin cobertura
Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.	Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.
Cobertura en situaciones catastróficas	Cobertura en situaciones catastróficas
<p>Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 	<p>Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.
Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D	Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D
Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos	Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos
De venta libre (OTC)	De venta libre (OTC)
Reciba un beneficio trimestral de \$25 para productos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.

Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla, Whatcom		Condados: Island, San Juan, Skagit, Walla Walla
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CORE PLUS (HMO)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES		BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES
Beneficios dentales complementarios opcionales		No corresponde
Prima mensual	Usted paga un monto adicional de \$22.50 por mes.	
Deducible	No hay deducible.	
Beneficio anual máximo	No hay un límite máximo anual.	
<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. • Examen periodontal completo: uno por año calendario. • Limpieza de rutina: se limita a un máximo de dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario • O • Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario. • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una vez cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a una vez por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. 		

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$55 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$24 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible de la Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible de la Parte D	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, los cuales se excluyen del deducible.	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, los cuales se excluyen del deducible.
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$6,300 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$5,000 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$5,000 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes no hospitalizados	Usted paga el 20 % del costo total por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$350 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$350 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.
Visitas al médico			
Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de \$15 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$10 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$5 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$0 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$5 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$0 por visita de atención virtual.
Especialistas	Usted paga un copago de \$45 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$40 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$30 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$25 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$30 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$25 por visita de atención virtual.
Atención preventiva (como vacunas antigripales o exámenes preventivos de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Radiografías para pacientes no hospitalizados</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Examen del oído cubierto por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p>

	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
<p>Servicios de audición</p> <p>Examen del oído de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p>Sin cobertura.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$30 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales de rutina</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p> <p>Para ver los servicios dentales (de rutina), consulte la sección “Beneficios dentales complementarios opcionales” que aparece más adelante en el folleto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. Examen periodontal completo: uno por año calendario. Limpieza de rutina: se limita a un máximo de dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario. 	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. Examen periodontal completo: uno por año calendario. Limpieza de rutina: se limita a un máximo de dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Servicios dentales		<p>0</p> <p>Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. • \$200 para servicios adicionales preventivos, básicos, de diagnóstico y de restauración. 	<p>0</p> <p>Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. • \$200 para servicios adicionales preventivos, básicos, de diagnóstico y de restauración.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Servicios de la vista			
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.
	Usted paga un copago de \$20 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.	Usted paga un copago de \$30 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.	Usted paga un copago de \$30 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.
Anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.
Anteojos y lentes de contacto de rutina	Sin cobertura.	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados</p>	<p>Usted paga un copago de \$390 por día para los días 1 a 4.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$390 por día para los días 1 a 4.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$390 por día para los días 1 a 4.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Ambulancia	Usted paga un copago de \$300 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$330 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$370 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de Medicare Parte B	Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston			Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom			Condados: Spokane y Stevens		
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)			BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)			BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)		
Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.		Fase de deducible	Durante esta etapa, usted pagará el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 4 y 5.		Fase de deducible	Durante esta etapa, usted pagará el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 4 y 5.	
Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.			Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.			Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.		
	Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$15.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$12.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$12.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$10.	Usted paga un copago de \$20.

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston			Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom			Condados: Spokane y Stevens		
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)		
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$47.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo total.	Usted paga el 29 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo total.	Usted paga el 29 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo total.	Usted paga el 29 % del costo total.
	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$15.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$20.

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston			Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom			Condados: Spokane y Stevens		
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)			PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)		
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$120.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$120.	Usted paga un copago de \$47.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo total.
El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.			El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.			El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.		
Etapa sin cobertura			Etapa sin cobertura			Etapa sin cobertura		
Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.			Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.			Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.		

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
Cobertura en situaciones catastróficas	Cobertura en situaciones catastróficas	Cobertura en situaciones catastróficas
<p>Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 	<p>Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 	<p>Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.
Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D	Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D	Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D
Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos	Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos	Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos
De venta libre (OTC)	De venta libre (OTC)	De venta libre (OTC)
Reciba un beneficio trimestral de \$25 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston		Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES		BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES	BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES
Beneficios dentales complementarios opcionales Prima mensual Deducible Beneficio anual máximo	Usted paga un monto adicional de \$22.50 por mes. No hay deducible. No hay un límite máximo anual.	No se aplica.	No se aplica.
Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina. <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. • Examen periodontal completo: uno por año calendario. • Limpieza de rutina: se limita a dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario ○ Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario. • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. 			

Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston	Condados: Cowlitz, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom	Condados: Spokane y Stevens
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. 		

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$40 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible de la Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible de la Parte D	\$160 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.	\$160 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$6,700 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$6,500 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 3. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 4. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 3. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 4. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes no hospitalizados	Usted paga el 20 % del costo total por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$495 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$395 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.
Visitas al médico Proveedores de atención primaria	Usted paga un copago de \$15 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$10 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$10 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$5 por visita de atención virtual.

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)
Especialistas	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita al consultorio (se requiere derivación).</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por visita de atención virtual.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita al consultorio (se requiere derivación).</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por visita de atención virtual.</p>
Atención preventiva (como vacunas antigripales o exámenes preventivos de diabetes)	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Hay otros servicios preventivos disponibles.</p> <p>Algunos servicios cubiertos tienen un costo.</p>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Hay otros servicios preventivos disponibles.</p> <p>Algunos servicios cubiertos tienen un costo.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas.</p> <p>Incluye cobertura mundial.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas.</p> <p>Incluye cobertura mundial.</p>
Servicios de urgencia	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p> <p>Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por visita.</p> <p>Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Radiografías para pacientes no hospitalizados</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
PEAK + Rx (HMO)**

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
SOUND + Rx (HMO)**

Servicios de audición

Examen del oído cubierto por Medicare

Usted paga un copago de \$0 a \$50 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.

Usted paga un copago de \$0 a \$50 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.

Examen del oído de rutina

Usted paga un copago de \$0 a \$50 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.

Usted paga un copago de \$0 a \$50 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.

Audífonos

Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para audífonos a través de un proveedor de Hearing Care Solutions.

Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para audífonos a través de un proveedor de Hearing Care Solutions.

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Usted paga un copago de \$50 por visita.

Usted paga un copago de \$50 por visita.

Servicios dentales de rutina

Para ver los servicios dentales (de rutina), consulte la sección "Beneficios dentales complementarios opcionales" que aparece más adelante en el folleto.

Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.

- Exámenes orales de rutina: dos por año calendario.
- Examen periodontal completo: uno por año calendario.
- Limpieza de rutina: se limita a un máximo de dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario

PRIMAS Y BENEFICIOS

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
PEAK + Rx (HMO)**

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
SOUND + Rx (HMO)**

Servicios dentales

- 0
- Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario.
- Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario.
 - Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año.
 - Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses.
 - Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario.
 - Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes.
 - Radiografías periapicales.

Servicios de la vista

Examen de la vista cubierto por Medicare

Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.

Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario.

Usted paga un copago de \$50 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.

Usted paga un copago de \$50 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.

Anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare

Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.

Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.

Examen de la vista de rutina

Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.

Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto. No se requiere derivación para el examen de la vista de rutina.

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

PRIMAS Y BENEFICIOS	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)
<p>Servicios de la vista</p> <p>Anteojos y lentes de contacto de rutina</p>	<p>Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.</p>	<p>Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados</p>	<p>Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 2. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 3 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 2. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 3 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20. Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20. Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga un copago de \$280 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$285 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

PRIMAS Y BENEFICIOS

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
PEAK + Rx (HMO)**

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
SOUND + Rx (HMO)**

**Medicamentos de
Medicare Parte B**

Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.

Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.

Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)					PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)				
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)					BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)				
Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$160 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.				Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$160 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.			
Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.					Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.				
	Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$3.	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
PEAK + Rx (HMO)**

Nivel 4: Medica- mentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
Nivel 5: Medica- mentos de especiali- dad	Usted paga el 30 % del costo total.	Usted paga el 30 % del costo total.	No se ofrece.	Usted paga el 30 % del costo total.

El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.

Etapa sin cobertura

Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:

- el 5 % del costo del medicamento, o
- un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D

Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
SOUND + Rx (HMO)**

Nivel 4: Medica- mentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
Nivel 5: Medica- mentos de especiali- dad	Usted paga el 30 % del costo total.	Usted paga el 30 % del costo total.	No se ofrece.	Usted paga el 30 % del costo total.

El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.

Etapa sin cobertura

Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente:

- el 5 % del costo del medicamento, o
- un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D

Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos

Disponible para los residentes de estos condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
PEAK + Rx (HMO)**

De venta libre (OTC)

Reciba un beneficio trimestral de \$25 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.

**PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE
SOUND + Rx (HMO)**

De venta libre (OTC)

Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + Rx (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + Rx (HMO)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES		BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES
Beneficios dentales complementarios opcionales		No corresponde
Prima mensual	Usted paga un monto adicional de \$22.50 por mes.	
Deducible	No hay deducible.	
Beneficio anual máximo	No hay un límite máximo anual.	
<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. • Examen periodontal completo: uno por año calendario. • Limpieza de rutina: se limita a un máximo de dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario <p>O</p> <p>Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. 		

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$42 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$151 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$191 por mes. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.
Deducible de la Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible de la Parte D	No se aplica.	\$160 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.	\$180 por año para medicamentos recetados de la Parte D, excepto para los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2, los cuales se excluyen del deducible.
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$6,500 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$4,900 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.	Usted no paga más de \$5,000 por año. Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 3. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 4. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$350 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día a partir del día 5. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes no hospitalizados	Usted paga un copago de \$495 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$290 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.	Usted paga un copago de \$250 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
Centro de cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$190 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.
Visitas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	Usted paga un copago de \$10 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$5 por visita de atención virtual. Usted paga un copago de \$50 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$45 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$10 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$5 por visita de atención virtual. Usted paga un copago de \$35 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$30 por visita de atención virtual.	Usted paga un copago de \$10 por visita al consultorio. Usted paga un copago de \$5 por visita de atención virtual. Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio (se requiere derivación). Usted paga un copago de \$35 por visita de atención virtual.
Atención preventiva (como vacunas antigripales o exámenes preventivos de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga un copago de \$90 por visita. No se cobra si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$45 por visita. Incluye cobertura mundial con un copago de \$50.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Radiografías para pacientes no hospitalizados</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$7 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Si su médico presta servicios adicionales, se puede aplicar un monto de costo compartido por separado.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Examen del oído cubierto por Medicare</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$50 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$35 por visita. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
<p>Servicios de audición</p> <p>Examen del oído de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$50 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de un proveedor de Hearing Care Solutions.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 a \$35 por un examen del oído de rutina por año calendario. Copago de \$0 a través de un proveedor de Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes de todos los demás proveedores.</p> <p>Usted paga un copago de \$0. Hay una cantidad permitida anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de un proveedor de Hearing Care Solutions.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 para un examen del oído de rutina por año calendario.</p> <p>Sin cobertura.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios dentales de rutina</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. Examen periodontal completo: uno por año calendario. 	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios dentales de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes orales de rutina: dos por año calendario. Examen periodontal completo: uno por año calendario.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
Servicios dentales		<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de rutina: se limita a dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario 0 • Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario. • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de rutina: se limita a dos limpiezas de rutina (profilaxis) por año calendario 0 • Mantenimiento periodontal: se limita a un máximo de tres por año calendario. • Tratamiento con flúor: dos veces por año calendario. • Radiografía de aleta de mordida: hasta un conjunto de cuatro radiografías de aleta de mordida por año. • Radiografía panorámica o completa: una cada 60 meses. • Examen de emergencia limitado: se limita a uno por año calendario. • Tratamiento paliativo de emergencia por dolor de dientes. • Radiografías periapicales.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
Servicios de la vista			
Examen de la vista cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga un copago de \$50 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga un copago de \$35 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen preventivo de retinopatía diabética cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga un copago de \$40 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.
Anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga un copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Examen de la vista de rutina	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga un copago de \$20 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga un copago de \$40 por un examen de la vista de rutina por año calendario a fin de obtener anteojos o lentes de contacto.
Anteojos y lentes de contacto de rutina	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.	Hay un límite de beneficio de \$150 para anteojos de rutina (lentes y monturas) o lentes de contacto por año calendario.
Servicios de salud mental			
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$595 por día para los días 1 a 2. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 3 a 90.	Usted paga un copago de \$450 por día para los días 1 a 3. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 4 a 90.	Usted paga un copago de \$350 por día para los días 1 a 4. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 5 a 90.

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Atención de salud mental para pacientes no hospitalizados</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada visita de atención virtual de la salud mental.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$160 por día para los días 21 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 61 a 100.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga un copago de \$255 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$315 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por trayecto para el transporte en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>

PRIMAS Y BENEFICIOS	Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
Medicamentos de Medicare Parte B	<p>Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>	<p>Usted paga un 20 % del costo total de los medicamentos de quimioterapia y de otro tipo de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p>

Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom			Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston				
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)			
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)		BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)		BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PARTE D)			
No se aplica.		Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$160 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.	Fase de deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$180 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.		
		Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.		Fase de cobertura inicial: permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de medicamentos para el año alcance el monto de \$4,130.			
			Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido de venta minorista de medicamentos preferidos (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de venta minorista de medicamentos estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)
		Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$12.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$12.
		Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$20.

Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom				Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston		
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)		
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$42.	Usted paga un copago de \$47.
	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 30 % del costo total.	Usted paga el 30 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Usted paga el 29 % del costo total.	Usted paga el 29 % del costo total.
No se aplica.		Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$12.
	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$36.	Usted paga un copago de \$20.

Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom				Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston		
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)		PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)		
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga un copago de \$126.	Usted paga un copago de \$47.
	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga el 33 % del costo total.	Usted paga el 33 % del costo total.
	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No se ofrece.	Usted paga el 30 % del costo total.	Nivel 5: Medicamentos de especialidad	No se ofrece.	Usted paga el 29 % del costo total.
El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.				El costo compartido puede cambiar en función de la farmacia que elija y cuando ingrese a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.		

Condados: King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		Condados: King, Pierce, Snohomish y Thurston
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CHARTER + Rx (HMO)	PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC PLUS (HMO)
No se aplica.	Etapa sin cobertura	Etapa sin cobertura
	Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.	Una vez que ingrese en la etapa sin cobertura, usted paga el 25 % de los costos de los medicamentos de marca y el 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus costos de desembolso alcancen el monto de \$6,550, que es el límite de la etapa sin cobertura. No todas las personas ingresan a la etapa sin cobertura.
	Cobertura en situaciones catastróficas	Cobertura en situaciones catastróficas
	Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 	Una vez que sus costos anuales de desembolso por medicamentos (incluidos medicamentos adquiridos a través de farmacias minorista o pedido por correo) alcancen el monto de \$6,550, usted paga el monto mayor de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % del costo del medicamento, o • un copago de \$3.70 por un medicamento genérico o que se trata como genérico, y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.
	Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D	Plan de ahorros para personas mayores de la Parte D
Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos	Copago máximo de \$35 por un suministro de 30 días para insulinas recomendadas para diabéticos	
De venta libre (OTC)	De venta libre (OTC)	De venta libre (OTC)
Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de OTC Health Solutions.

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans – Complaints & Appeals
PO Box 262527, Plano, TX 75026
Toll free 888-850-8526, Fax 800-889-1076, TTY 711
Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-850-8526 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-850-8526 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-850-8526 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-850-8526 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-850-8526 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-850-8526 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-850-8526 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 888-850-8526 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-850-8526 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 888-850-8526 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 888-850-8526 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-850-8526 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-850-8526 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 888-850-8526 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການ ບໍລິການ ວ່າ ອຍເຫຼືອ ດ້ານ ພາສາ, ໂດຍ ບໍ່ ເສັ້ນ ວ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 888-850-8526 (TTY: 711).