

Resumen de beneficios de 2023

- PÁGINAS 4-15** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)
- PÁGINAS 16-26** PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PEAK + RX (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE SOUND + RX (HMO)
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE ALPINE (HMO)

Resumen de beneficios de 2023

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

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por 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) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO) desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

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) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO) son planes con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

La información provista sobre los beneficios no enumera cada servicio que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" llamando al servicio de atención al cliente o accediendo a ella en nuestro sitio web: premera.com/ma.

Para inscribirse en **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) o Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en 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 recurre a proveedores fuera de nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual, "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	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. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$54 por mes. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$23 por mes. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible Parte D	\$160 por año para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto para los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, que están excluidos del deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	No paga más de \$6,500 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.	No paga más de \$5,000 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.	No paga más de \$5,000 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados*	Usted paga \$450 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.	Usted paga \$350 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.	Usted paga \$350 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*	\$350	\$300	\$275
Cobertura de observación para pacientes ambulatorios*	\$90	\$90	\$90
Centro de cirugía ambulatoria*	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Visitas médicas			
Proveedores de atención primaria	Usted paga \$5 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$0 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$0 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.
Especialistas [^]	Usted paga \$40 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$35 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$30 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$25 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$30 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$25 de copago por visita de telesalud.
Atención preventiva (como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención médica de emergencia	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios de urgencia	Usted paga \$35 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.	Usted paga \$35 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.	Usted paga \$35 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.

[^] Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de diagnóstico/ Pruebas de laboratorio/ Diagnóstico por imagen			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico*	Usted paga \$60 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$30 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$30 de copago por localización de servicios por día.
Servicios de laboratorio	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$0 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$0 de copago por localización de servicios por día.
Radiografías ambulatorias	Usted paga \$15 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.
Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)*	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.
Servicios radiológicos de diagnóstico*	\$180 de copago por localización de servicios por día.	\$160 de copago por localización de servicios por día.	\$160 de copago por localización de servicios por día.
Servicios auditivos			
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted paga \$35 de copago por visita.	Usted paga \$30 de copago por visita.	Usted paga \$30 de copago por visita.
Examen de audición rutinario	Usted paga \$0–\$35 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	Usted paga \$0–\$30 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	Usted paga \$0–\$30 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.
Audífonos	Usted paga \$0 de copago. Existe una asignación anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.	Usted paga \$0 de copago. Existe una asignación anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.	Usted paga \$0 de copago. Existe una asignación anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través de Hearing Care Solutions.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios dentales			
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Usted paga \$45 de copago por visita.	Usted paga \$30 de copago por visita.	Usted paga \$30 de copago por visita.
Máximo anual	\$1,000	\$1,500	\$1,500
Servicios dentales	Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales preventivos e integrales.		
Servicios preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) – Dos por año calendario O Mantenimiento periodontal – Tres por año calendario • Flúor – Dos por año calendario • Examen oral periódico – Hasta dos evaluaciones orales periódicas por año calendario • Examen oral limitado (centrado en el problema) – Un examen cada 12 meses • Examen oral integral – Un examen integral cada 36 meses • Examen oral detallado y extenso – (centrado en el problema, por informe) – Uno de por vida • Reexamen – (limitado, paciente establecido y centrado en el problema) – Uno de por vida • Examen periodontal integral – Uno por año calendario • Radiografías de mordida – Un juego por año calendario • Serie de radiografías dentales completas – Un procedimiento cada 60 meses • Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca – Un procedimiento cada 60 meses 		
Deducible anual integral (dentro y fuera de la red)	Usted paga un deducible anual de \$75 por única vez por los servicios integrales. El deducible se exime para los servicios dentales preventivos y cubiertos por Medicare.		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de sarro y terapia básica periodontal – Uno cada dos años, por cuadrante • Eliminación de sarro en presencia de una inflamación gingival generalizada moderada o grave, en toda la boca – Una vez cada dos años • Tallado oclusal realizado con cirugía cubierta – Sin límite • Gingivectomía o gingivoplastia – Un procedimiento quirúrgico de por vida • Cirugía ósea, incluyendo entrada y cierre del colgajo – Una de por vida • Pedículo o injerto de tejidos blandos – Uno de por vida • Desbridamiento total de la boca – Uno de por vida • Radiografías intraorales: Radiografías periapicales o radiografías oclusales – Un código de procedimiento por año calendario • Restauraciones (empastes): Amalgama (plata) o compuesta – Una por diente cada 24 meses • Recementado de corona caída – Uno cada 12 meses • Recementado de puentes, incrustaciones, recubrimientos y coronas – 12 meses después de la inserción y por 12 meses por diente posteriormente • Pines para preparar un diente para una corona – En conjunto con código de corona y pines (cuando sea necesario) • Reconstrucción de empaste alrededor de un perno para preparar un diente para una corona – Un combo por diente cada cinco años • Coronas – Una por diente cada cinco años • Cirugía maxilofacial, incluida la atención posoperatoria para coronectomía, extracción de diente parcial intencional – Una por diente de por vida • Tratamiento de conducto – Un tratamiento de conducto inicial y un retratamiento por diente de por vida • Pulpotomía – Sin límite • Apicectomía – Sin límite • Empastes retrógrados – Uno por raíz de por vida • Medicamento colocado debajo del empaste para mejorar la cicatrización del conducto radicular – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan • Dentadura postiza completa – Maxilar (superior) o mandibular (inferior) – Una dentadura postiza completa superior o una dentadura postiza completa inferior cada siete años, incluida la atención de rutina posterior a la entrega • Dentadura postiza parcial: Resina o metal, maxilar (superior) o mandibular (inferior) o maxilar (superior) o mandibular (inferior) – Una dentadura postiza parcial superior o una dentadura postiza parcial inferior cada siete años 		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste de dentadura postiza completa y parcial – Dos por dentadura postiza por año • Reforrado o reparación de base de dentadura postiza completa o parcial – Un reforrado o reparación de base de dentadura postiza removible existente cada 24 meses (solamente después de 24 meses desde la fecha de la última colocación, salvo que se coloque una prótesis inmediata que reemplace al menos 3 dientes). • Recementado – Un procedimiento por año calendario • Reparación de dentaduras postizas o puente fijo – Una por dentadura postiza/puente cada 24 meses • Atención dental a distancia – Dos por año calendario • Tratamiento del dolor – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan Solamente si no se prestaron otros servicios además del examen y las radiografías el mismo día del servicio. • Sedación profunda/anestesia general – Ilimitada por año del plan al máximo anual del plan En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. • Anestesia local – Ilimitada por año del plan al máximo anual del plan En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. • Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan. En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. 		

[^] Podría requerirse derivación del PCP.

^{*} Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios para la visión			
Examen de visión cubierto por Medicare	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$20 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$30 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$30 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.
Equipo médico para la vista cubierto por Medicare	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Examen de visión rutinario	Usted paga \$20 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga \$0 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga \$0 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.
Equipo médico para la vista rutinario	Existe un límite de beneficio de \$150 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.	Existe un límite de beneficio de \$250 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.	Existe un límite de beneficio de \$200 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de salud mental			
Atención de salud mental para pacientes internados*	Usted paga \$390 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5-90.	Usted paga \$390 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5-90.	Usted paga \$390 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5-90.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga \$30 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.	Usted paga \$30 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.	Usted paga \$30 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.
Centro de enfermería especializada*	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.
Terapia física	Usted paga \$20 de copago por visita.	Usted paga \$10 de copago por visita.	Usted paga \$10 de copago por visita.
Ambulancia* No se requiere autorización previa para emergencias	Usted paga \$300 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.	Usted paga \$330 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.	Usted paga \$370 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B
Venta libre	Reciba un beneficio trimestral de \$25 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.
Servicios de quiropraxia	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 10 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 10 visitas/ \$20 de copago.
Acupuntura*	Copago cubierto por Medicare: \$40. Acupuntura de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$30. Acupuntura de rutina: 10 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$30. Acupuntura de rutina: 10 visitas/ \$20 de copago.
Servicios de naturopatía de rutina	Sin cobertura.	6 visitas/ \$30 de copago.	6 visitas/ \$30 de copago.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom		Condados: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom		Condados: Spokane, Stevens y Walla Walla	
Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)		Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)		Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)	
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)		BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)		BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)	
Etapa 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. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible.	Etapa de deducible	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Etapa de deducible	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Etapa de cobertura inicial - Comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta médica del año. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos del año alcancen \$4,660. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible.

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$4 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$2 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$2 de copago.
Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$12 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$10 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$10 de copago.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$40 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$40 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$100 de copago.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$100 de copago.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$100 de copago.
Nivel 5: Especialidad	Usted paga 30 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	Usted paga 33 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	Usted paga 33 % del costo.

Condados: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom			Condados: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom			Condados: Spokane, Stevens y Walla Walla		
Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)			Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)			Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)		
	Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$4 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$2 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$2 de copago.
Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$36 de copago.	Usted paga \$12 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$30 de copago.	Usted paga \$10 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$30 de copago.	Usted paga \$10 de copago.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$126 de copago. \$105 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$120 de copago. \$105 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Usted paga \$40 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$120 de copago. \$105 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Usted paga \$40 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$300 de copago.	Usted paga \$100 de copago.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$300 de copago.	Usted paga \$100 de copago.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$300 de copago.	Usted paga \$100 de copago.
Nivel 5: Especialidad	No se ofrece.	Usted paga 30 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	No se ofrece.	Usted paga 33 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	No se ofrece.	Usted paga 33 % del costo.
El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.			El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.			El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.		

Condados	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom	Spokane, Stevens y Walla Walla
Prima y beneficios	Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)	Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)
Interrupción en la cobertura	Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un 25 % del costo por los medicamentos de marca y un 25 % del costo por los medicamentos genéricos incluidos hasta que el costo que paga de su bolsillo alcanza \$7,400, que es el final de la interrupción en la cobertura. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible. No todos alcanzarán la interrupción en la cobertura.		
Cobertura catastrófica	Después de que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por los medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga el que resulte mayor de los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo del medicamento, o • \$4.15 de copago por un medicamento genérico, o un medicamento considerado genérico y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos. 		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado el deducible.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$34 por mes. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$24 por mes. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible Parte C	Sin deducible.	Sin deducible.	Sin deducible.
Deducible Parte D	\$160 por año para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto para los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, que están excluidos del deducible.	Sin deducible.	No se aplica.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	No paga más de \$6,700 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.	No paga más de \$6,500 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.	No paga más de \$6,500 por año. Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados*	Usted paga \$450 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.	Usted paga \$450 de copago por día para los días 1-4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.	Usted paga \$350 de copago por día para los días 1-4 Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 y posteriores.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*	\$350	\$350	\$350
Cobertura de observación para pacientes ambulatorios*	\$90	\$90	\$90
Centro de cirugía ambulatoria*	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$275 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.
Visitas médicas			
Proveedores de atención primaria	Usted paga \$5 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$0 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$0 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$0 de copago por visita de telesalud.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Especialistas [^]	Usted paga \$40 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$35 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$45 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$40 de copago por visita de telesalud.	Usted paga \$45 de copago por visita al consultorio. Usted paga \$40 de copago por visita de telesalud.
Atención preventiva (como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.	Usted paga \$0. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo.
Atención médica de emergencia	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.	Usted paga \$90 de copago por visita. Eximido, si se lo admite en un hospital dentro de las 24 horas. Incluye cobertura mundial.
Servicios de urgencia	Usted paga \$35 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.	Usted paga \$40 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.	Usted paga \$40 de copago por visita. Incluye cobertura mundial con \$50 de copago.
Servicios de diagnóstico/ Pruebas de laboratorio/ Diagnóstico por imagen			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico*	Usted paga \$60 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$25 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$25 de copago por localización de servicios por día.
Servicios de laboratorio	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$5 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$5 de copago por localización de servicios por día.
Radiografías ambulatorias	Usted paga \$15 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.	Usted paga \$10 de copago por localización de servicios por día.
Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)*	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.	Usted paga 20 % del costo. Si su médico le presta servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido por separado.
Servicios radiológicos de diagnóstico*	\$180 de copago por localización de servicios por día.	\$170 de copago por localización de servicios por día.	\$170 de copago por localización de servicios por día.

[^] Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Servicios auditivos			
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted paga \$35 de copago por visita.	Usted paga \$45 de copago por visita.	Usted paga \$50 de copago por visita.
Examen de audición rutinario	Usted paga \$0–\$35 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	Usted paga \$0–\$45 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	Usted paga \$0–\$50 de copago por un examen auditivo rutinario por año calendario. \$0 de copago a través del proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.
Audífonos	Usted paga \$0 de copago. Existe una asignación anual de \$1,000 por oído para la compra de audífonos a través del proveedor Hearing Care Solutions.		
Servicios dentales			
Servicios dentales cubiertos por Medicare	Usted paga \$50 de copago por visita.		
Máximo anual	\$1,000	\$1,300	\$1,500
Servicios dentales	Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales preventivos e integrales de rutina.		
Servicios preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) – Dos por año calendario O Mantenimiento periodontal – Tres por año calendario • Flúor – Dos por año calendario • Examen oral periódico – Hasta dos evaluaciones orales periódicas por año calendario • Examen oral limitado (centrado en el problema) – Un examen cada 12 meses • Examen oral integral – Un examen integral cada 36 meses • Examen oral detallado y extenso – (centrado en el problema, por informe) – Uno de por vida • Reexamen – (limitado, paciente establecido y centrado en el problema) – Uno de por vida • Examen periodontal integral – Uno por año calendario • Radiografías de mordida – Un juego por año calendario • Serie de radiografías dentales completas – Un procedimiento cada 60 meses • Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca – Un procedimiento cada 60 meses 		

[^] Podría requerirse derivación del PCP.

^{*} Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Deducible anual integral (dentro y fuera de la red)	Usted paga un deducible anual de \$75 por única vez por los servicios integrales El deducible se exime para los servicios dentales preventivos y cubiertos por Medicare.		Usted paga un deducible anual de \$25 por única vez por los servicios integrales El deducible se exime para los servicios dentales preventivos y cubiertos por Medicare.
Servicios integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de sarro y terapia básica periodontal – Uno cada dos años, por cuadrante • Eliminación de sarro en presencia de una inflamación gingival generalizada moderada o grave, en toda la boca – Una vez cada dos años • Tallado oclusal realizado con cirugía cubierta – Sin límite • Gingivectomía o gingivoplastia – Un procedimiento quirúrgico de por vida • Cirugía ósea, incluyendo entrada y cierre del colgajo – Una de por vida • Pedículo o injerto de tejidos blandos – Uno de por vida • Desbridamiento total de la boca – Uno de por vida • Radiografías intraorales: Radiografías periapicales o radiografías oclusales – Un código de procedimiento por año calendario • Restauraciones (empastes): Amalgama (plata) o compuesta – Una por diente cada 24 meses • Recementado de corona caída – Uno cada 12 meses • Recementado de puentes, incrustaciones, recubrimientos y coronas – 12 meses después de la inserción y por 12 meses por diente posteriormente • Pines para preparar un diente para una corona – En conjunto con código de corona y pines (cuando sea necesario) • Reconstrucción de empaste alrededor de un perno para preparar un diente para una corona – Un combo por diente cada cinco años • Coronas – Una por diente cada cinco años • Cirugía maxilofacial, incluida la atención posoperatoria para coronectomía, extracción de diente parcial intencional – Una por diente de por vida • Tratamiento de conducto – Un tratamiento de conducto inicial y un retratamiento por diente de por vida • Pulpotomía – Sin límite • Apicectomía – Sin límite • Empastes retrógrados – Uno por raíz de por vida 		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Servicios integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento colocado debajo del empaste para mejorar la cicatrización del conducto radicular – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan • Dentadura postiza completa – Maxilar (superior) o mandibular (inferior) – Una dentadura postiza completa superior o una dentadura postiza completa inferior cada siete años, incluida la atención de rutina posterior a la entrega • Dentadura postiza parcial: Resina o metal, maxilar (superior) o mandibular (inferior) o maxilar (superior) o mandibular (inferior) – Una dentadura postiza parcial superior o una dentadura postiza parcial inferior cada siete años • Ajuste de dentadura postiza completa y parcial – Dos por dentadura postiza por año • Reforrado o reparación de base de dentadura postiza completa o parcial – Un reforrado o reparación de base de dentadura postiza removible existente cada 24 meses (solamente después de 24 meses desde la fecha de la última colocación, salvo que se coloque una prótesis inmediata que reemplace al menos 3 dientes). • Recementado – Un procedimiento por año calendario • Reparación de dentaduras postizas o puente fijo – Una por dentadura postiza/puente cada 24 meses • Atención dental a distancia – Dos por año calendario • Tratamiento del dolor – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan Solamente si no se prestaron otros servicios además del examen y las radiografías el mismo día del servicio. • Sedación profunda/anestesia general – Ilimitada por año del plan al máximo anual del plan En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. • Anestesia local – Ilimitada por año del plan al máximo anual del plan En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. • Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) – Ilimitado por año del plan al máximo anual del plan. En conjunto con cirugía bucal o cirugía periodontal cubiertas. 		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Servicios para la visión			
Examen de visión cubierto por Medicare	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$50 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$50 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.	Usted paga \$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética y de glaucoma cubierto por Medicare una vez por año calendario. Usted paga \$45 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.
Equipo médico para la vista cubierto por Medicare	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.	Usted paga \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Examen de visión rutinario	Usted paga \$20 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga \$20 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.	Usted paga \$20 de copago por un examen de visión rutinario por año calendario con el fin de obtener anteojos o lentes de contacto.
Equipo médico para la vista rutinario	Existe un límite de beneficio de \$150 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.	Existe un límite de beneficio de \$150 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.	Existe un límite de beneficio de \$300 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto de rutina por año calendario.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Servicios de salud mental			
Atención de salud mental para pacientes internados*	Usted paga \$595 de copago por día para los días 1-2. Usted paga \$0 de copago por día para los días 3-90.	Usted paga \$595 de copago por día para los días 1-2. Usted paga \$0 de copago por día para los días 3-90.	Usted paga \$595 de copago por día para los días 1-2. Usted paga \$0 de copago por día para los días 3-90.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga \$30 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.	Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.	Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita de telesalud mental.
Centro de enfermería especializada*	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20. Usted paga \$160 de copago por día para los días 21-60. Usted paga \$0 de copago por día para los días 61-100.
Terapia física	Usted paga \$20 de copago por visita.	Usted paga \$35 de copago por visita.	Usted paga \$35 de copago por visita.
Ambulancia* No se requiere autorización previa para emergencias	Usted paga \$280 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.	Usted paga \$285 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.	Usted paga \$255 de copago por cada viaje en ambulancia cubierto por Medicare.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20 % del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Venta libre	Reciba un beneficio trimestral de \$25 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.	Reciba un beneficio trimestral de \$50 para productos de salud y bienestar de venta libre disponibles a través de OTC Health Solutions.
Servicios de quiropraxia	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$20. Servicios de quiropraxia de rutina: 12 visitas/ \$20 de copago.
Acupuntura*	Copago cubierto por Medicare: \$40. Acupuntura de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$45. Acupuntura de rutina: 6 visitas/ \$20 de copago.	Copago cubierto por Medicare: \$45. Acupuntura de rutina: 12 visitas/ \$20 de copago.
Servicios de naturopatía de rutina	Sin cobertura.	Sin cobertura.	25 visitas/ \$30 de copago.

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)		Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)		Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)	
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)		BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)		BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)	
Etapa 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. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible.	Etapa de deducible	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	No se aplica.	
Etapa de cobertura inicial - Comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta médica del año. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos del año alcancen \$4,660. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible.					
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)		
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$3 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$2 de copago.		
Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$12 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$12 de copago.		
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.		
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$100.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$100.		
Nivel 5: Especialidad	Usted paga 30 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	Usted paga 33 % del costo.		

Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)			Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)			Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
	Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)		Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (hasta un suministro de 31 días)	No se aplica.
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$3 de copago.	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$2 de copago.	
Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$36 de copago.	Usted paga \$12 de copago.	Nivel 2: Medicamento genérico	Usted paga \$36 de copago.	Usted paga \$12 de copago.	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$126 de copago. \$105 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Usted paga \$126 de copago. \$105 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	Usted paga \$42 de copago. \$35 de copago por insulinas selectas, si es elegible.	
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$300.	Usted paga \$100.	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga \$300.	Usted paga \$100.	
Nivel 5: Especialidad	No se ofrece.	Usted paga 30 % del costo.	Nivel 5: Especialidad	No se ofrece.	Usted paga 33 % del costo.	
El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.			El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.			

Condados	King, Pierce, Snohomish, Thurston y Whatcom		
Prima y beneficios	Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO)	Premera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO)
Interrupción en la cobertura	Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un 25 % del costo por los medicamentos de marca y un 25 % del costo por los medicamentos genéricos hasta que los costos que usted paga de su bolsillo alcancen \$7,400, que es el final de la interrupción en la cobertura. Durante esta etapa, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$35, si es elegible. No todos alcanzarán la interrupción en la cobertura.		No se aplica.
Cobertura catastrófica	Después de que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por los medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga el que resulte mayor de los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo del medicamento, o • \$4.15 de copago por un medicamento genérico, o un medicamento considerado genérico y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos. 	Después de que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por los medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga el que resulte mayor de los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo del medicamento, o • \$4.15 de copago por un medicamento genérico, o un medicamento considerado genérico y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos. 	No se aplica.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado el deducible.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。