



BlueCross BlueShield
of Texas

Resumen de beneficios

Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM

Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

El presente folleto es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Este folleto no enumera cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con nosotros y solicite la "Evidencia de cobertura".

Y0096_BEN_TXAUSSB20_M

745980.0919

Lista de inscripción previa

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda la totalidad de nuestros beneficios y nuestras disposiciones. Si tiene alguna consulta puede llamarnos y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.

Conozca los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los cuales rutinariamente consulta a un médico. Visite www.getbluetx.com/mapd o llame al 1-877-774-8592 para ver una copia de la EOC.
- Revise el *Directorio de prestadores de servicios médicos* (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden actualmente estén en la red. Si no figuran en el listado, es posible que deba elegir un médico nuevo.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en el listado, es posible que deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.

Conozca las disposiciones más importantes

- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general se deduce mensualmente de su cheque de Seguridad Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Salvo en casos de emergencia o de urgencias, no cubriremos los servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuren en el *Directorio de prestadores de servicios médicos*).

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|--|--|---|
| Tiene opciones sobre cómo recibir sus beneficios con receta de Medicare | <ul style="list-style-type: none"> • Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es gestionado directamente por el gobierno federal. • Otra opción para recibir sus beneficios de Medicare es unirse a una cobertura de salud de Medicare (como por ejemplo, Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) o Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)). | |
| Consejos para comparar sus opciones de Medicare | <p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) o Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si quiere comparar nuestras coberturas con otras coberturas de salud de Medicare, solicite a las otras coberturas sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de coberturas de Medicare en http://www.medicare.gov. • Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual actualizado "Medicare y Usted". También puede consultar esta información en el sitio web http://www.medicare.gov o solicitar una copia por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. | |
| Secciones en este folleto | <ul style="list-style-type: none"> • Cosas que debe saber sobre Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) • Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios con cobertura • Beneficios de medicamentos con receta | <ul style="list-style-type: none"> • Cosas que debe saber sobre Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) • Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios con cobertura • Beneficios de medicamentos con receta |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|--|--|---|
| Acceso Blue para asegurados | Visite www.bluemembertx.com para acceder a la información sobre su selección de la cobertura, lo que incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre reclamaciones • Información sobre beneficios • Localizador de farmacias | |
| Horario de atención | <ul style="list-style-type: none"> • Nos puede llamar desde el 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local. • Nos puede llamar desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. | |
| Números de teléfono y sitio web | <ul style="list-style-type: none"> • Si es asegurado de esta cobertura, llame de forma gratuita al 1-877-774-8592. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). • Si no es asegurado de esta cobertura, llame de forma gratuita al 1-877-608-2698 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro sitio web: www.getbluetx.com/mapd | |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|--|--|
| ¿Quién se puede inscribir? | Para unirse a Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) o Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) , debe tener derecho a la Parte A de Medicare, y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. | |
| | Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Bastrop, Burnet, Caldwell, Hays, Lee y Williamson. | Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Travis. |
| ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? | <p>Blue Cross Medicare Advantage tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores de servicios médicos. Si usa los prestadores de servicios médicos que no están en nuestra red, es posible que la cobertura no pague por estos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generalmente, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas por medicamentos cubiertos de la Parte D. • Algunas de las farmacias de nuestra red tienen gastos compartidos preferidos. Usted puede pagar menos si usa estas farmacias. • Puede ver el <i>Directorio de prestadores de servicios médicos</i> y el <i>Directorio de farmacias</i> de nuestra cobertura en nuestro sitio web (www.getbluetx.com/mapd). • O llámenos y le enviaremos una copia del <i>Directorio de prestadores de servicios médicos</i> o el <i>Directorio de farmacias</i>. | |
| ¿Qué cubrimos? | <p>Al igual que todas las coberturas de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y <i>más</i>. Los asegurados de nuestra cobertura obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que pague más en nuestra cobertura que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los asegurados de nuestra cobertura reciben <i>más de lo que está</i> cubierto por Original Medicare. Algunos beneficios adicionales se detallan en este folleto.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos los medicamentos de la parte B como fármacos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su prestador de servicios médicos.</p> <p>Puede ver la Lista de medicamentos de la cobertura completa (lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, (www.getbluetx.com/mapd). O bien llámenos y le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos.</p> | |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|---|---|--|
| <p>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</p> | <p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de los cinco “niveles”. Deberá usar su Lista de medicamentos (<i>Formulary</i>, en inglés) para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La suma que pagará depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio alcanzada. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de beneficios que ocurren: Etapa d deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa sin cobertura y Etapa de cobertura por eventos catastróficos.</p> | |

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|--|--|--|
| PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LA SUMA A PAGAR POR LOS SERVICIOS CON COBERTURA | | |
| ¿Cuánto es la prima mensual? | \$23 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. | \$0 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| ¿Cuánto es el deducible? | Estas coberturas no tienen un deducible por atención médica. | |
| ¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios con cobertura? | Sí. Al igual que todas las coberturas de salud de Medicare, nuestra cobertura le protege mediante límites anuales a sus gastos de bolsillo por atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, sigue recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y los gastos compartidos por sus medicamentos con receta de la Parte D. | |
| | Su límite anual en esta cobertura: \$6,700 por servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red. | Su límite anual en esta cobertura: \$6,700 por servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red. |
| ¿Existe un límite para cuánto pagará la cobertura? | Nuestra cobertura tiene un límite cada año para determinados beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que aplican. | Nuestra cobertura tiene un límite cada año para determinados beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que aplican. |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|--|--|
| BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | | |
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS | | |
| Atención hospitalaria para pacientes internados* | <p>Nuestra cobertura cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía en el hospital como paciente internado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$290 por día para los días 1-7 y un copago de \$0 por día para los días 8-90 • Copago de \$0 por día por los días 91 y siguientes | <p>Nuestra cobertura cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía en el hospital como paciente internado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$275 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90 • Copago de \$0 por día por los días 91 y siguientes |
| ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS | | |
| Atención hospitalaria/cirugía para pacientes ambulatorios* | <p><u>Hospital para pacientes ambulatorios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0-\$350 <p><u>Centro quirúrgico ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 | <p><u>Hospital para pacientes ambulatorios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0-\$250 <p><u>Centro quirúrgico ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$200 |
| Consultas al consultorio del médico* | <p><u>Consulta al médico de atención primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p><u>Consulta al especialista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50 | <p><u>Consulta al médico de atención primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p><u>Consulta al especialista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$35 |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|---|---|--|
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Atención preventiva* | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 |
| | <p>Nuestra cobertura incluye muchos servicios preventivos, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento por abuso de alcohol Medición de la densidad ósea Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Examen de detección cardiovascular Pruebas de detección de cáncer vaginal y de útero Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) Examen de detección de depresión Examen de detección de diabetes Pruebas de detección de VIH Servicios de terapia de nutrición médica Pruebas de detección y asesoramiento para la obesidad Exámenes para detección de cáncer de próstata (PSA) Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de una enfermedad relacionada con el tabaco) Vacunas, incluida la vacuna antigripal, vacunas contra la hepatitis B, vacuna antineumocócica Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una vez) Consulta de "Bienestar" anual <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> | |
| Atención de emergencia | <p>Copago de \$90</p> <p>Se renuncia al copago si a usted se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por el mismo problema médico. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este manual para conocer otros costos.</p> | <p>Copago de \$90</p> <p>Se renuncia al copago si a usted se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por el mismo problema médico. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este manual para conocer otros costos.</p> |
| Servicios urgentes | Copago de \$30 | Copago de \$35 |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|---|--|---|
| <p>NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico.</p> | | |
| <p>Pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio y servicios radiológicos y radiografías <i>(Los costos por estos servicios pueden variar en función del lugar de servicio)*</i></p> | <p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como, resonancias magnéticas [RM], tomografías computarizadas [TC])</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$275 por servicios proporcionados en una clínica independiente y un copago de \$325 por servicios proporcionados en un entorno hospitalario para pacientes en consulta externa <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 a \$100, dependiendo del servicio <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total <p><u>Radiografías para pacientes ambulatorios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 a \$100 (copago de \$0 por servicios proporcionados en el consultorio de un PCP o un especialista, copago de \$0 por servicios proporcionados en una clínica radiológica independiente y un copago de \$100 por servicios proporcionados por un especialista en un hospital para pacientes en consulta externa) <p><u>Servicios terapéuticos de radiología (como radioterapia para el cáncer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | <p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como, resonancias magnéticas [RM], tomografías computarizadas [TC])</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$200 por servicios proporcionados en una clínica independiente y un copago de \$250 por servicios proporcionados en un entorno hospitalario para pacientes en consulta externa <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 a \$100, dependiendo del servicio <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 a \$50: \$0 PCP, especialista o laboratorio independiente; \$50 servicios hospitalarios para pacientes en consulta externa <p><u>Radiografías para pacientes ambulatorios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 a \$100 (copago de \$0 por servicios proporcionados en el consultorio de un PCP o un especialista, copago de \$0 por servicios proporcionados en una clínica radiológica independiente y un copago de \$100 por servicios proporcionados por un especialista en un hospital para pacientes en consulta externa) <p><u>Servicios terapéuticos de radiología (como radioterapia para el cáncer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total |
| <p>Servicios de audición*</p> | <p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$40 | <p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|---|--|---|
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Servicios dentales* | <p><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$40 <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <p>Limpieza</p> <ul style="list-style-type: none"> No está cubierto <p>Radiografía dental</p> <ul style="list-style-type: none"> No está cubierto <p>Examen oral</p> <ul style="list-style-type: none"> No está cubierto <p><u>Cobertura dental integral</u></p> <p>No está cubierto</p> | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <p>Limpieza</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 2 limpiezas por año <p>Radiografía dental</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 1 radiografía de aleta de mordida por año <p>Examen oral</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 2 exámenes bucales por año <p><u>Cobertura dental integral</u></p> <p>Límite de cobertura de \$500 para beneficios dentales integrales por año. Para obtener más detalles sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios con respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de cobertura.</p> |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|--|--|--|
| <p>NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico.</p> | | |
| <p>Servicios de la vista*</p> | <p><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas del ojo (lo que incluye un examen de detección de glaucoma anual)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por examen ocular cubierto por Medicare; copago de \$0 por un examen con un especialista de la vista <p><u>Examen ocular de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen ocular de rutina por año <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p><u>Anteojos de rutina</u></p> <p>Lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <p>Marcos de anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <p>Lentes de anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 (solo para lentes unifocales, bifocales con línea, trifocales o lenticulares) por hasta 1 par de lentes cada 2 años <p>Límite de cobertura de \$100 dentro y fuera de la red para anteojos y lentes de contacto de rutina cada 2 años (incluidos los marcos, lentes y lentes de contacto)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por examen ocular cubierto por Medicare; copago de \$0 por un examen con un especialista de la vista <p><u>Examen ocular de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen ocular de rutina por año <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 por 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <p><u>Anteojos de rutina</u></p> <p>Lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <p>Marcos de anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 1 marco de anteojos cada dos años <p>Lentes de anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 1 par de lentes cada dos años <p>Límite de cobertura de \$150 dentro y fuera de la red para anteojos y lentes de contacto de rutina cada 2 años (incluidos los marcos, lentes y lentes de contacto)</p> |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO) SM |
|--|---|---|
| <p>NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico.</p> | | |
| <p>Atención de salud mental*</p> | <p><u>Consulta como paciente internado</u></p> <p>Nuestra cobertura cubre hasta 190 días durante la vida de una persona para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para beneficios de hospital y centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es admitido como paciente internado y termina una vez que hayan transcurrido 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención de pacientes internados (o en un SNF). Si ingresa en un hospital o SNF después de que ha terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospital como paciente internado por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.</p> <p>Nuestra cobertura cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente internado.</p> <p>Nuestra cobertura también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es más larga que 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente internado se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$223 por día para los días 1-7 y un copago de \$0 por día para los días 8-90 <p><u>Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$40 <p><u>Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$40 | <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90 <p><u>Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$35 <p><u>Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$35 |
| <p>Centro de enfermería especializada (SNF)*</p> | <p>Nuestras coberturas cubren un máximo de 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$178 por día para los días 21-100 • Copago de \$0 por día para los días 1-10, copago de \$0 por día para los días 11-20 y un copago de \$178 por día para los días 21-100 | |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|--|--|
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Rehabilitación como paciente ambulatorio* | <u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u> (durante un máximo de 2 sesiones de una hora por día, por hasta 36 sesiones, hasta 36 semanas) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$50 <u>Consulta de terapia ocupacional</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$40 <u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$40 | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$30 <u>Consulta de terapia ocupacional</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 |
| Ambulancia* | <u>Servicios de transporte por tierra y aire cubiertos por Medicare</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 por cada viaje de ida | <u>Servicios de transporte por tierra y aire cubiertos por Medicare</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$200 por cada viaje de ida |
| Transporte* | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 12 viajes de ida por año hacia destinos aprobados por la cobertura | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por hasta 12 viajes de ida por año hacia destinos aprobados por la cobertura |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare* | <u>Medicamentos para quimioterapia de la Parte B</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | |
| | <u>Otros medicamentos de la Parte B</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | |

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|--|---|---|
| Etapas de deducible de la Parte D | <ul style="list-style-type: none">• Su deducible es \$300 por año para medicamentos con receta de la Parte D, excepto los medicamentos indicados en los niveles 1, 2 y 3 que están excluidos del deducible. <p>Una vez que usted haya pagado \$300 por sus medicamentos de los niveles 4 y 5, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Su deducible es \$300 por año para medicamentos con receta de la Parte D, excepto los medicamentos indicados en niveles 1, 2 y 3 que están excluidos del deducible. <p>Una vez que usted haya pagado \$300 por sus medicamentos de los niveles 4 y 5, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.</p> |

Gastos compartidos de medicamentos con receta durante la Etapa de cobertura inicial

Luego de que usted paga su deducible anual, si corresponde, debe pagar lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen \$4,020. Los costos totales anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que son pagados por usted y nuestra cobertura de la Parte D.

Puede recibir estos medicamentos en las farmacias en locales comerciales de la red y en las farmacias de pedidos por correo.

| Etapa de cobertura inicial: Farmacia en locales comerciales estándar | | |
|---|---|---|
| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
| Nivel 1: Genéricos preferidos | Suministro para un mes: Copago de \$5 | Suministro para un mes: Copago de \$5 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$15 | Suministro para tres meses: Copago de \$15 |
| Nivel 2: Genéricos | Suministro para un mes: Copago de \$19 | Suministro para un mes: Copago de \$19 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$57 | Suministro para tres meses: Copago de \$57 |
| Nivel 3: De marca preferida | Suministro para un mes: Copago de \$47 | Suministro para un mes: Copago de \$47 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$141 | Suministro para tres meses: Copago de \$141 |
| Nivel 4: De marca no preferida | Suministro para un mes: Copago de \$100 | Suministro para un mes: Copago de \$100 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$300 | Suministro para tres meses: Copago de \$300 |
| Nivel 5: Nivel especializado | Suministro para un mes: 27% del costo total | Suministro para un mes: 27% del costo total |
| | Suministro para tres meses: 27% del costo total | Suministro para tres meses: 27% del costo total |

Etapa de cobertura inicial: Farmacia en locales comerciales preferida

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|---|---|
| Nivel 1: Genéricos preferidos | Suministro para un mes: Copago de \$0 | Suministro para un mes: Copago de \$0 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$0 | Suministro para tres meses: Copago de \$0 |
| Nivel 2: Genéricos | Suministro para un mes: Copago de \$8 | Suministro para un mes: Copago de \$8 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$24 | Suministro para tres meses: Copago de \$24 |
| Nivel 3: De marca preferida | Suministro para un mes: Copago de \$39 | Suministro para un mes: Copago de \$39 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$117 | Suministro para tres meses: Copago de \$117 |
| Nivel 4: De marca no preferida | Suministro para un mes: Copago de \$95 | Suministro para un mes: Copago de \$95 |
| | Suministro para tres meses: Copago de \$285 | Suministro para tres meses: Copago de \$285 |
| Nivel 5: Nivel especializado | Suministro para un mes: 27% del costo total | Suministro para un mes: 27% del costo total |
| | Suministro para tres meses: 27% del costo total | Suministro para tres meses: 27% del costo total |

Etapa de cobertura inicial: Farmacia de pedido por correo estándar (un suministro de 90 días como máximo)

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|---|---|
| Nivel 1: Genéricos preferidos | Copago de \$15 | Copago de \$15 |
| Nivel 2: Genéricos | Copago de \$57 | Copago de \$57 |
| Nivel 3: De marca preferida | Copago de \$141 | Copago de \$141 |
| Nivel 4: De marca no preferida | Copago de \$300 | Copago de \$300 |
| Nivel 5: Nivel especializado | 27% del costo total | 27% del costo total |

Etapa de cobertura inicial: Farmacia de pedido por correo preferida (un suministro de 90 días como máximo)

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|---|---|
| Nivel 1: Genéricos preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 2: Genéricos | Copago de \$24 | Copago de \$24 |
| Nivel 3: De marca preferida | Copago de \$117 | Copago de \$117 |
| Nivel 4: De marca no preferida | Copago de \$285 | Copago de \$285 |
| Nivel 5: Nivel especializado | 27% del costo total | 27% del costo total |

Etapa de cobertura inicial: Farmacias de atención a largo plazo y fuera de la red (suministro para un mes)

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|--|--|---|
| Atención a largo plazo, Niveles 1-5 | Si reside en una instalación a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia en locales comerciales. | |
| Fuera de la red, Niveles 1-5 | Usted recibe los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. | |

Etapa sin cobertura: Farmacia en locales comerciales estándar

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|----------------------------|--|---|
| Etapa sin cobertura | <p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una etapa sin cobertura (también denominada “vacío de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa sin cobertura comienza después de que el costo del medicamento total anual (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,020.</p> <p>Después de que ingresa en la etapa sin cobertura, usted paga un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos de marca cubiertos y un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos den un total de \$6,350, lo cual es el final de la etapa sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán en la etapa sin cobertura.</p> <p>En virtud de su cobertura, es posible que pague incluso menos por los medicamentos de marca y genéricos en la Lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Deberá usar su Lista de medicamentos para ubicar su nivel de medicamento.</p> | |

Etapa de cobertura por eventos catastróficos

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|--|---|
| Etapa de cobertura por eventos catastróficos | <p>Después de que sus costos anuales de gastos de bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia en locales comerciales y a través de pedidos por correo) alcancen \$6,350, usted paga la suma que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total, o• un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos. | |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|---|---|
| BENEFICIOS ADICIONALES PARA LOS ASEGURADOS | | |
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Acupuntura | No está cubierto | |
| Atención quiropráctica* | Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de su columna vertebral se salen de lugar) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 |
| Suministros y servicios para diabéticos* | <p><u>Suministros para el control de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 0% a 20% del costo total <p>0% de gastos compartidos limitado a suministros de pruebas para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) que se obtengan a través de la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>20% de gastos compartidos para suministros de pruebas para diabéticos no preferidos aprobados por la cobertura (medidores, tiras y lancetas).</p> <p>20% de gastos compartidos para todos los demás suministros para diabéticos dentro de esta categoría.</p> <p>Se requerirá aprobación para todos los demás suministros de pruebas para diabéticos (medidores, tiras y lancetas). Todas las tiras reactivas también quedan sujetas al límite de cantidad de 204 cada 30 días.</p> <p>Los productos de control continuo de la glucosa (CGM) que se obtengan a través de la farmacia quedan sujetos a autorización previa.</p> | <p><u>Suministros para el control de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 0% a 20% del costo total <p>0% de gastos compartidos limitado a suministros de pruebas para diabéticos (medidores, tiras y lancetas) que se obtengan a través de la farmacia para un producto de la marca LifeScan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2).</p> <p>20% de gastos compartidos para suministros de pruebas para diabéticos no preferidos aprobados por la cobertura (medidores, tiras y lancetas).</p> <p>20% de gastos compartidos para todos los demás suministros para diabéticos dentro de esta categoría.</p> <p>Se requerirá aprobación para todos los demás suministros de pruebas para diabéticos (medidores, tiras y lancetas). Todas las tiras reactivas también quedan sujetas al límite de cantidad de 204 cada 30 días.</p> <p>Los productos de control continuo de la glucosa (CGM) que se obtengan a través de la farmacia quedan sujetos a autorización previa.</p> |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|--|---|
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Suministros y servicios para diabéticos* (continuación) | <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Zapatos o plantillas terapéuticas</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Zapatos o plantillas terapéuticas</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total |
| Equipamiento médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)* | <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total |
| Programas de bienestar | <p>Copago de \$0 por el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® †</p> <p>SilverSneakers® es el programa de ejercicios líder en el país diseñado exclusivamente para los beneficiarios de Medicare. Los asegurados elegibles reciben una póliza vigente en un gimnasio estándar en donde pueden disfrutar de clases especializadas de bajo impacto SilverSneakers® que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.</p> <p>† SilverSneakers® es un programa de bienestar propiedad y operado por Tivity Health, Inc., una compañía independiente. Tivity Health y SilverSneakers® son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc., y/o sus subsidiarias y/o afiliadas en los Estados Unidos y/u otros países.</p> | |
| Atención para los pies (servicios de podología)* | <u>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene una lesión nerviosa relacionada con la diabetes y/o cumple determinadas condiciones</u> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$40 | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 |
| Atención de salud en el hogar* | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 | <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 |

| | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)SM | Blue Cross Medicare Advantage Value (HMO)SM |
|---|---|--|
| NOTA: Los servicios con un * pueden requerir una autorización previa o una remisión de su médico. | | |
| Servicios para la farmacodependencia para pacientes ambulatorios* | <p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$75 <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$75 | <p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$75 <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$75 |
| Productos que no requieren receta | Asignación de \$50 cada tres (3) meses para medicamentos específicos que no requieren receta y otros productos de farmacia relacionados con la salud. Los montos no utilizados para medicamentos que no requieren receta no se pasan para el próximo año calendario. | Asignación de \$50 cada tres (3) meses para medicamentos específicos que no requieren receta y otros productos de farmacia relacionados con la salud. Los montos no utilizados para medicamentos que no requieren receta no se pasan para el próximo año calendario. |
| Dispositivos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)* | <p><u>Dispositivos protésicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | <p><u>Dispositivos protésicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total |
| Diálisis renal* | <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total | <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo total |
| Centro para enfermos terminales | Usted no paga nada por la atención en un centro para enfermos terminales de un centro certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar una parte de los costos totales por los medicamentos y la atención de relevo. El centro para enfermos terminales está cubierto fuera de nuestra cobertura. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles. | |



BlueCross BlueShield of Texas

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

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

Si usted cree que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación al: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscordinator@hcsc.net. Puede presentar una reclamación en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/fix.html>.

Una organización GHS Health Maintenance, Inc. d/b/a BlueLincs HMO (BlueLincs). BlueLincs es licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-774-8592 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-774-8592 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-774-8592 (TTY: 711)۔

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-774-8592 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-774-8592 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بہ صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-774-8592 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-774-8592 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-774-8592 (телетайп: 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。1-877-774-8592 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-877-774-8592 (TTY: 711).



Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a asegurados de Blue Cross Medicare, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para más información comuníquese al 1-877-774-8592 (TTY/TDD 711).

Las coberturas de HMO son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Texas hacen referencia a HCSC Insurance Services Company (HISC) y a GHS Insurance Company (GHSIC). Las coberturas de HMO de empleadores/sindicatos son proporcionadas por Health Care Service Corporation, una división de Mutual Legal Reserve Company (HCSC, HCSC, HISC y GHSIC) son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHS son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en estas coberturas depende de la renovación del contrato.