



BlueCross BlueShield  
of Texas

# Resumen de beneficios

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>  
**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\_TXDSNPSB20\_M

745986.0919

## 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 pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-895-6437 (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/dsnp](http://www.getbluetx.com/dsnp) o llame al 1-877-895-6437 para obtener 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 con receta.

## Conozca las disposiciones más importantes

- Además de la prima mensual de su cobertura, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima 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 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

<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b>	
<b>Tiene opciones sobre cómo recibir sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Otra opción es recibir sus beneficios de Medicare uniéndose a la cobertura médica de Medicare (como por ejemplo <b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)</b>).</li></ul>
<b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>	<p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre <b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)</b> y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.</li><li>• Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual actualizado "<b>Medicare y Usted</b>". También puede consultar esta información en el sitio web <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> 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.</li></ul>
<b>Secciones en este folleto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cosas que debe saber sobre <b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)</b></li><li>• Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios cubiertos</li><li>• Beneficios de medicamentos con receta</li><li>• Beneficios de Medicaid de Texas</li></ul>

<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b>	
<b>Acceso Blue para asegurados</b>	<p>Visite <a href="http://www.getbluetx.com/dsnp">www.getbluetx.com/dsnp</a> para acceder a la información sobre su selección de la cobertura, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre reclamaciones</li> <li>• Información sobre beneficios</li> <li>• Localizador de farmacias</li> </ul>
<b>Horario de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos puede llamar del 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.</li> <li>• Nos puede llamar del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</li> </ul>
<b>Números de teléfono y sitio web</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted es asegurado de esta cobertura, llame al número gratuito 1-877-895-6437 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).</li> <li>• Si usted no es asegurado de esta cobertura, llame al número gratuito 1-844-619-4816 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).</li> <li>• Nuestro sitio web: <a href="http://www.getbluetx.com/dsnp">www.getbluetx.com/dsnp</a>.</li> </ul>
<b>¿Quién se puede inscribir?</b>	<p>Para unirse a Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare;</li> <li>• ser elegible para Medicaid y estar inscrito en las coberturas de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of Texas; y</li> <li>• vivir en nuestra área de servicio de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).</li> </ul> <p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Atascosa, Bandera, Bastrop, Bexar, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Collin, Colorado, Comal, Coryell, Dallas, Denton, Falls, Fayette, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hays, Hill, Kendall, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Medina, Milam, Mills, Navarro, Robertson, Rockwall, San Saba, Somervell, Tarrant, Travis, Williamson, y Wilson</p>

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) <sup>SM</sup>	
<b>¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?</b>	<p>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores. 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"> <li>• Generalmente, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas por medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> <li>• Usted 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 <a href="http://www.getbluetx.com/dsnp">www.getbluetx.com/dsnp</a>.</li> <li>• O llámenos y le enviaremos una copia del <i>Directorio de prestadores de servicios médicos</i> o el <i>Directorio de farmacias</i>.</li> </ul>
<b>¿Qué cubrimos?</b>	<p>Al igual que todas coberturas de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y <i>más</i>.</p> <p><b>Los asegurados de nuestra cobertura obtienen <i>todos</i> 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.</b> Para otros, es posible que pague menos.</p> <p><b>Los asegurados de nuestra cobertura reciben <i>más de lo que está</i> cubierto por Original Medicare.</b> 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, <a href="http://www.getbluetx.com/dsnp">www.getbluetx.com/dsnp</a>. O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p>
<b>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</b>	<p>El monto que pague dependerá del nivel de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de beneficios que ocurren: Cobertura inicial y Cobertura por eventos catastróficos.</p>

# RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) <sup>SM</sup>	
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LA SUMA A PAGAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
<b>¿Cuánto cuesta la prima mensual?</b>	\$20.80 por mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>¿Cuánto cuesta el deducible?</b>	\$0 o \$185
<b>¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</b>	<p>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.</p> <p>En esta cobertura, es posible que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid de Texas.</p> <p>Su límite anual en esta cobertura:</p> <p>\$6,700 por servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red.</p> <p>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.</p> <p>Consulte el manual “<b>Medicare y Usted</b>” para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid de Texas, consulte la sección de Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p><b>Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y los gastos compartidos por sus medicamentos con receta de la Parte D.</b></p>
<b>¿Hay algún límite sobre cuánto pagará la cobertura?</b>	No. No hay límites a lo que pagará nuestra cobertura. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que aplican.

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

### ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS

#### Atención hospitalaria para pacientes internados\*

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 transcurridos 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. Usted debe pagar el deducible de paciente internado por cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

En 2019, el monto para cada periodo de beneficios es de \$0 o:

- Deducible de \$0 o \$1,364 por cada período de beneficio; copago de \$0 por día para los días 1-60; copago de \$0 o \$341 por día para los días 61-90
- Copago de \$0 o \$682 por día para cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de toda su vida)

Estos montos pueden variar para 2020.

Nuestra cobertura cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente internado.

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.

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

#### Atención hospitalaria/cirugía para pacientes ambulatorios\*

##### Hospital para pacientes ambulatorios

- 0% o 20% del costo total

##### Centro quirúrgico ambulatorio

- 0% o 20% del costo total

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) <sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

### Consultas al consultorio del médico\*

#### Consulta al médico de atención primaria

- 0% o 20% del costo total

#### Consulta al especialista

- 0% o 20% del costo total

### Atención preventiva\*

- Copago de \$0

Nuestra cobertura incluye muchos servicios preventivos, entre ellos:

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento por abuso de alcohol
- Medición de la densidad ósea
- Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografías)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Examen de detección cardiovascular
- Exámenes de detección de cáncer vaginal y de útero
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)
- Examen de detección de depresión
- Examen de detección de diabetes
- Exámenes de detección de VIH
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Exámenes de detección y asesoramiento para la obesidad
- Exámenes para detección de cáncer de próstata (PSA)
- Exámenes 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, lo que incluye la vacuna antigripal, vacunas contra la hepatitis B, vacuna antineumocócica
- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una vez)
- Consulta de "Bienestar" anual

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.



## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) <sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

<b>Atención de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total hasta \$90 por consulta</li> <li>• Se renuncia al copago si a usted se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por el mismo problema médico</li> </ul>
<b>Servicios urgentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total hasta \$65 por consulta</li> </ul>
<b>Pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio y servicios radiológicos, y radiografías*</b> <i>(Los costos por estos servicios pueden variar en función del lugar de servicio)*</i>	<p><b><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas [RM], tomografías computarizadas [TC])</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Radiografías para pacientes ambulatorios</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios terapéuticos de radiología (como radioterapia para el cáncer)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Servicios de audición*</b>	<p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

### Servicios dentales\*

#### **Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de dientes)**

- 0% o 20% del costo total

#### **Servicios dentales preventivos**

##### **Limpieza**

- Copago de \$0. Usted está cubierto por hasta 2 limpiezas por año

##### **Examen oral**

- Copago de \$0. Usted está cubierto por hasta 2 exámenes bucales por año

##### **Radiografía dental**

- Copago de \$0. Usted está cubierto por hasta 1 radiografía de aleta de mordida por año

#### **Cobertura dental integral**

- Monto máximo de cobertura de \$1,400 para beneficios dentales integrales de la red y fuera de la red 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.

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

### Servicios de la vista\*

#### **Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y problemas de los ojos (lo que incluye un examen de detección de glaucoma anual):**

- 0% o 20% del costo total

#### **Examen ocular de rutina**

- Copago de \$0 para 1 examen ocular de rutina por año

#### **Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas**

- 0% o 20% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas

#### **Anteojos de rutina**

#### **Lentes de contacto**

- Copago de \$0

#### **Marcos de anteojos**

- Copago de \$0 para 1 marco de anteojos por año

#### **Lentes de anteojos**

- Copago de \$0 (solo para lentes unifocales, bifocales con línea, trifocales o lenticulares). Usted está cubierto por hasta 1 par de lentes por año
- Límite de cobertura de \$150 para anteojos de rutina (lentes de contacto, lentes normales de vidrio, marcos para anteojos) por año

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

### Atención de salud mental\*

#### **Consulta como paciente internado**

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.

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 transcurridos 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.

En 2019, las cantidades para cada período de beneficios es de \$0 o:

- Deducible de \$0 o \$1,364 por cada período de beneficio; copago de \$0 por día para los días 1-60; copago de \$0 o \$341 por día para los días 61-90

Estos montos pueden variar para 2020.

Nuestra cobertura cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente internado.

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.

#### **Consulta de terapia grupal como paciente ambulatorio**

- 0% o 20% del costo total

#### **Consulta de terapia individual como paciente ambulatorio**

- 0% o 20% del costo total

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

<b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>	<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 transcurridos 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. Usted debe pagar el deducible de paciente internado por cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p> <p>En 2019, las cantidades para cada período de beneficios es de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1-20; copago de \$0 o \$170.50 por día para los días 21-100</li> </ul> <p>Estos montos pueden variar para 2020.</p> <p><b>Nuestra cobertura cubre hasta 100 días en un SNF.</b></p>
<b>Rehabilitación como paciente ambulatorio*</b>	<p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b> (durante un máximo de 2 sesiones de una hora por día, por hasta 36 sesiones, hasta 36 semanas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Ambulancia* (Servicios de transporte por tierra y aire cubiertos por Medicare)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> <li>• Se renuncia al copago si a usted se lo ingresa al hospital por el mismo problema médico.</li> </ul>
<b>Transporte*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% del costo total por hasta 48 viajes de ida por año hacia destinos aprobados por la cobertura</li> </ul>

**Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>**

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

**Medicamentos de la Parte B de Medicare\***

**Medicamentos para quimioterapia de la Parte B**

- 0% o 20% del costo total

**Otros medicamentos de la Parte B**

- 0% o 20% del costo total

**Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>**

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA**

<b>Etapas deducible de la Parte D</b>	Como la cobertura no tiene deducible para medicamentos con receta, esta etapa de pago no se aplica a usted.
<b>Etapas de cobertura inicial: Farmacias de atención a largo plazo y fuera de la red (suministro para un mes)</b>	
<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b>	
<b>Etapas de cobertura inicial</b>	<p>Dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Medicamentos genéricos</b> (lo que incluye medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga copago de \$0; o copago de \$1.30; o copago de \$3.60 por receta.</li> </ul> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga copago de \$0; o copago de \$3.90; o copago de \$8.95 por receta.</li> </ul> <p>Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias en locales comerciales de la red y farmacias de pedido por correo. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en la farmacia en locales comerciales.</p> <p>Usted recibe los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.</p>
<b>Etapas sin cobertura: Farmacia en locales comerciales estándar</b>	
<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b>	
<b>Etapas sin cobertura</b>	Como no hay interrupción en la cobertura, esta etapa del pago no se aplica a usted.

## Etapa de cobertura por eventos catastróficos

	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b>
<b>Etapa de cobertura por eventos catastróficos</b>	Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos (lo que incluye medicamentos a través de su farmacia en locales comerciales y a través de pedido por correo) alcancen \$6,350, usted no paga nada por todos los medicamentos.



**Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>**

**BENEFICIOS ADICIONALES PARA LOS ASEGURADOS**

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

<b>Acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No está cubierto</li> </ul>
<b>Atención quiropráctica*</b>	<p><b><u>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación</u></b> (cuando 1 o más huesos de su columna vertebral se salen de lugar)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Suministros y servicios para diabéticos*</b>	<p><b><u>Suministros para el control de la diabetes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p><b><u>Zapatos o plantillas terapéuticas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p>Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®†</p> <p>SilverSneakers® es el programa de ejercicios líder del 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 que es propiedad de y está 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>

## Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup>

NOTA: Los servicios con un \* pueden requerir una autorización previa o una referencia de su médico.

<b>Atención para los pies (<i>servicios de podiatría</i>)*</b>	<p><b><u>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene una lesión nerviosa relacionada con la diabetes y/o cumple determinadas condiciones</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Atención de salud en el hogar*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>
<b>Servicios para la farmacodependencia para pacientes ambulatorios*</b>	<p><b><u>Consulta de terapia grupal</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia individual</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Productos que no requieren receta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% del costo total</li> <li>• Límite de cobertura de \$150 cada 3 meses</li> </ul>
<b>Dispositivos protésicos (<i>aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.</i>)*</b>	<p><b><u>Dispositivos protésicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Comidas*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$0 por hasta 7 días y 14 comidas</li> </ul>
<b>Diálisis renal*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% o 20% del costo total</li> </ul>
<b>Centro para enfermos terminales</b>	<p>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.</p>

## **BENEFICIOS DE MEDICAID DE TEXAS**

### **ASEGURADOS ELEGIBLES DE MEDICAID DE TX**

Una persona que es elegible para Medicare y Medicaid, y está inscrita en la cobertura de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of Texas, puede inscribirse en las coberturas Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) para sus servicios de Medicare.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios que se describen en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio indicado a continuación, puede ver lo que cubren Medicaid de Texas y Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

### **INFORMACIÓN DE GASTOS COMPARTIDOS/COPAGO**

En la cobertura Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus, el asegurado recibe la asistencia de gastos compartidos de Medicare del programa estatal de Medicaid. La cobertura de beneficios que se describe a continuación depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad de Medicaid, Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus cubrirán los beneficios que se describen en la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame al: 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Las categorías de elegibilidad de Medicaid y el monto de gastos compartidos del asegurado se indican a continuación:

### **SI USTED ES UN BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE (QMB)**

Tiene derecho al pago de primas de Medicare así como los montos de deducible y coaseguro en los servicios cubiertos por Medicare. Para ser elegible, ya debe tener o ser condicionalmente elegible para la Parte A de Medicare (Seguro hospitalario). Medicaid pagará sus cargos de primas, deducibles y coaseguros por los servicios cubiertos por Medicare únicamente.

### **SI USTED ES UN BENEFICIARIO DE MEDICARE CON INGRESO BAJO ESPECIFICADO (SLMB)/PERSONA CALIFICADA (QI1)**

Usted tiene derecho al pago de las primas de su Parte B de Medicare. Para SLMB, su ingreso debe ser menor al 120% de las Normas del nivel federal de pobreza y para QI1, su ingreso debe estar entre 120-135% de las Normas del Nivel Federal de pobreza. Usted debe estar inscrito en la Parte A de Medicare. Medicaid no paga la prima de la Parte A de Medicare. Dado que el pago de la prima de la Parte B de Medicare es el único beneficio, no se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

### **SI USTED ES UN TRABAJADOR DISCAPACITADO CALIFICADO (QWDI)**

Para un QWDI, la cobertura de Medicaid se limita al pago de la prima de la Parte A de Medicare. No se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No está cubierto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No está cubierto</li> </ul>
<b>Ambulancia</b>	<p>Servicios de ambulancia médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto</li> </ul>
<b>Atención quiropráctica</b>	<p>El tratamiento manipulativo quiropráctico (CMT) realizado por un quiropráctico con licencia del Consejo Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Para personas de 20 años o menores; o 21 años o mayores en centros de atención intermedia ICF-MR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los asegurados que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Suministros y servicios para diabéticos</b>	<p>Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y exámenes de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio y servicios radiológicos y radiografías (los costos por estos servicios pueden ser diferentes si se reciben en un entorno de cirugía para pacientes ambulatorios)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Consultas al consultorio del médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Equipo médico duradero (<i>sillas de rueda, oxígeno, etc.</i>)</b>	Incluye sillas de ruedas, oxígeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b>	Cualquier consulta a la sala de emergencias si el asegurado cree razonablemente que necesita atención de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Atención para los pies (<i>servicios de podiatría</i>)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> <b>1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020</b>	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> <b>1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020</b>
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Servicios para personas con problemas de audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Atención de salud en el hogar</b>	<p>Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de asistente de salud domiciliario, servicios de enfermería privados y servicios de atención personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Rehabilitación como paciente ambulatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los asegurados desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>



	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Servicios para la farmacodependencia para pacientes ambulatorios</b>	<p>[Evaluación, tratamiento/desintoxicación ambulatoria y tratamiento asistido con fármacos (MAT)]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por algunos servicios quirúrgicos si no están cubiertos por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Productos que no requieren receta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No está cubierto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Dispositivos protésicos</b> <i>(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)</i>	<p>(incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los asegurados desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Medicaid paga por prótesis mamarias para los asegurados de todas las edades si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Diálisis renal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No está cubierto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<p>(de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Programa de transporte médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no sea de emergencia, si no está cubierto por Medicare.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup> (Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Servicios urgentes</b>	<p>(Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Servicios de la vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Los servicios de un óptico se limitan al ajuste y la entrega de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Atención preventiva</b>	<p>Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos (para mujeres)</p> <p>Mamografías (examen anual)</p> <p>Exámenes para detección de cáncer de próstata</p> <p>Exámenes de detección colorrectal (para las personas de 50 años y mayores)</p> <p>Vacunas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul> <p>Medición de la densidad ósea (para las personas que corren riesgo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El examen de detección de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas.</li> <li>• Para los asegurados que reúnen los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup> (Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Centro para enfermos terminales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid paga por este servicio para algunos asegurados exentos si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cuando los clientes adultos eligen servicios de un Centro para enfermos terminales, renuncian a su derecho a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las estadias en el hospital como paciente internado son un beneficio cubierto. Medicaid paga el coaseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos de Medicare.</li> </ul> <p>Los asegurados deben seguir las normas de Medicare relacionadas con la opción del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto</li> </ul>

	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE</b> 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup></b> <b>(Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las estancias en el hospital psiquiátrico como paciente internado son un beneficio cubierto para los niños. Las estancias en el hospital como paciente internado para un tratamiento psiquiátrico agudo son un beneficio cubierto para los adultos. Medicaid paga el coaseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos de Medicare. Los asegurados deben seguir las normas de Medicare relacionadas con la opción del hospital.</li> <li>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto</li> </ul>
<b>Centros de enfermería especializada (SNF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(En un Centro de enfermería especializada certificado por Medicare):</li> <li>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</li> <li>Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto</li> </ul>

	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020	RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICARE 1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020
<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)<sup>SM</sup> (Consulte los detalles del beneficio a continuación)</b>
<b>Beneficios de medicamentos con receta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por medicamentos con receta de Medicaid no cubiertos por la Parte D de Medicare</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto</li> </ul>

## **BENEFICIOS CUBIERTOS DE MEDICAID**

Medicaid de Texas cubre los servicios médicos, de salud del comportamiento y de atención a largo plazo. Algunas categorías de elegibilidad también pueden cubrir servicios dentales, de la visión, de transporte y de recetas. Los servicios adicionales cubiertos por Medicaid pueden incluir:

- Servicios preventivos
- Consultas de salud infantil
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)
- Servicios médicos/quirúrgicos
- Servicios de planificación familiar
- Servicios relacionados con el embarazo y de maternidad
- Atención prenatal
- Servicios de atención médica inmediata
- Servicios de emergencias
- Servicios médicos de salud del comportamiento
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios de la visión
- Beneficios dentales
- Beneficios de transporte

## **SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE MEDICAID**

Medicaid de Texas cubre los servicios de atención a largo plazo para asegurados que cumplen con los requisitos de Nivel de atención de centro de enfermería (NFLOC) están cubiertos. La atención a largo plazo incluye la atención médica y no médica para personas que tienen discapacidades o enfermedades de larga duración. El asegurado tiene que estar en un beneficio comunitario de agencia durante 120 días antes de cambiar al beneficio comunitario autodirigido.

## **BENEFICIO COMUNITARIO DE AGENCIA DE MEDICAID**

Los siguientes servicios están cubiertos para los asegurados que cumplen con NF LOC y seleccionan beneficio comunitario de agencia (ABCB):

- Salud para adultos de día
- Asistencia para la vida diaria
- Consulta de apoyo de comportamiento
- Servicios de transición comunitaria
- Respuesta ante emergencias
- Apoyo laboral
- Modificaciones ambientales
- Asistente de salud domiciliario
- Servicios de atención personal
- Enfermería privada para adultos
- Atención de relevo
- Servicios de terapia de mantenimiento especializados

## **BENEFICIO COMUNITARIO AUTODIRIGIDO DE MEDICAID**

El Beneficio comunitario autodirigido (SDCB) se compone de determinados servicios en el hogar y en la comunidad disponibles para los asegurados elegibles. La autodirección le ofrece opciones. También le brinda control sobre el modo en que se proporcionan los servicios. Puede elegir quién proporciona los servicios.



Los siguientes servicios están cubiertos para los asegurados que son elegibles para el beneficio comunitario autodirigido:

- Consulta de apoyo de comportamiento
- Apoyo de la comunidad personalizado
- Respuesta ante emergencias
- Apoyo laboral
- Modificaciones ambientales
- Asistente de salud domiciliario
- Ama de casa / apoyo directo
- Asesoramiento nutricional
- Enfermería privada para adultos
- Bienes relacionados
- Atención de relevo
- Servicios de terapia de mantenimiento especializados
- Terapias especializadas
- Transporte (no médico)

**SI USTED ES UN BENEFICIARIO QMB, SLMB, QI1, O QDWI:**

Porque Medicaid no paga sus gastos compartidos, y usted no tiene beneficios completos de Medicaid, sus gastos compartidos normalmente son del 20%. Hay algunas excepciones como exámenes de bienestar preventivos y la mayoría de los beneficios complementarios proporcionados por Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus, en donde tendrá gastos compartidos del 0%.

Aviso de la cobertura de Medicaid:

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Aviso de la cobertura Medicare Advantage:

Coberturas disponibles en los condados de Atascosa, Bandera, Bastrop, Bexar, Blanco, Bosque, Brazos, Burlison, Burnet, Caldwell, Collin, Colorado, Comal, Coryell, Dallas, Denton, Falls, Fayette, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hays, Hill, Kendall, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Medina, Milam, Mills, Navarro, Robertson, Rockwall, San Saba, Somervell, Tarrant, Travis, Williamson, y Wilson.

La cobertura de HMO para personas con necesidades especiales es proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que hace referencia a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HISC es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Texas. La inscripción en la cobertura de HISC depende de la renovación del contrato.

Esta cobertura está disponible para cualquier persona que tenga asistencia médica del Estado y Medicare y esté inscrito en la cobertura de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Las primas, copagos, coaseguros y deducibles pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Comuníquese con la cobertura para conocer más detalles.



**BlueCross BlueShield  
of Texas**

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por cuestiones 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 cuestiones de 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 cree que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le ha proporcionado estos servicios o lo discrimina de alguna otra forma por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: 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, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@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 queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por 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)

Hay formularios de quejas disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Una División de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), 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 1-877-895-6437 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
Llame al 1-877-895-6437 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.  
Gọi số 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
1-877-895-6437 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (TTY: 711)۔

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-895-6437 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.  
Appelez le 1-877-895-6437 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
1-877-895-6437 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با  
1-877-895-6437 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-895-6437 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-895-6437 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-895-6437 (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。1-877-895-6437 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຮ 1-877-895-6437 (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, lo que incluye los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-895-6437 (TTY/TDD: 711) para obtener más información.