



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Resumen de Beneficios

Blue Cross MedicareRx (PDP)SM

1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Este folleto le proporciona un resumen de lo que tiene cobertura y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que tienen cobertura ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios incluidos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

Lista de verificación previa a la solicitud de cobertura

Antes de tomar la decisión de solicitar cobertura, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un especialista en Servicio al Cliente al 1_888-285-2249 (TTY: 7-1-1). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

Cómo entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés), especialmente para esos servicios por los cuales consulta a un médico. Visite www.getbluetx.com/pdp o llame al 1_888-285-2249 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente sean de la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la cual acude para los medicamentos con receta sea de la red. Si la farmacia no figura en el directorio, probablemente deberá seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

Cómo entender las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su cobertura médica, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, la prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2019.
- Excepto en casos en los que requiera atención médica inmediata o de emergencia, no incluimos los prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de prestadores de servicios médicos).
- Nuestra cobertura le permite consultar a prestadores de servicios médicos fuera de nuestra red (prestadores de servicios médicos sin contrato). Sin embargo, aunque nosotros paguemos por los servicios con cobertura prestados por un prestador de servicios médicos sin contrato, el prestador de servicios debe aceptar brindarle tratamiento. Excepto en casos en los que requiera atención médica inmediata o de emergencia, los prestadores de servicios médicos sin contrato pueden negarle la atención médica.
Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por un prestador de servicios médicos sin contrato.

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir los beneficios de medicamentos con receta de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Una opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, como Blue Cross MedicareRx Basic (PDP). • Otra opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, en inglés] o una Organización de Prestadores de Servicios Médicos Preferenciales [PPO, en inglés]) o de una cobertura de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted obtiene toda la cobertura de la Parte A y la Parte B, y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D), a través de estas coberturas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, como Blue Cross MedicareRx Value (PDP). • Otra opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, en inglés] o una Organización de Prestadores de Servicios Médicos Preferenciales [PPO, en inglés]) o de una cobertura de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted obtiene toda la cobertura de la Parte A y la Parte B, y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D), a través de estas coberturas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, como Blue Cross MedicareRx Plus (PDP). • Otra opción es obtener cobertura de medicamentos con receta a través de Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, en inglés] o una Organización de Prestadores de Servicios Médicos Preferenciales [PPO, en inglés]) o de una cobertura de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted obtiene toda la cobertura de la Parte A y la Parte B, y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D), a través de estas coberturas.
Consejos para comparar sus opciones de Medicare	<p>Este folleto de “Resumen de Beneficios” es un resumen de lo que Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) incluye y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea comparar nuestra cobertura con otras coberturas de Medicare, solicite a las otras coberturas los Resúmenes de Beneficios correspondientes. También puede usar el recurso para buscar coberturas de http://es.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “Medicare y usted”. Consúltelo en línea en http://es.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. 	<p>Este folleto de “Resumen de Beneficios” es un resumen de lo que Blue Cross MedicareRx Value (PDP) incluye y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea comparar nuestra cobertura con otras coberturas de Medicare, solicite a las otras coberturas los Resúmenes de Beneficios correspondientes. También puede usar el recurso para buscar coberturas de http://es.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “Medicare y usted”. Consúltelo en línea en http://es.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. 	<p>Este folleto de “Resumen de Beneficios” es un resumen de lo que Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) incluye y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea comparar nuestra cobertura con otras coberturas de Medicare, solicite a las otras coberturas los Resúmenes de Beneficios correspondientes. También puede usar el recurso para buscar coberturas de http://es.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “Medicare y usted”. Consúltelo en línea en http://es.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
Secciones en este folleto	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) • Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura • Beneficios para medicamentos con receta 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP) • Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura • Beneficios para medicamentos con receta 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) • Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura • Beneficios para medicamentos con receta
	<p>Este documento podría estar disponible en otros formatos como braille y letra grande. Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés.</p> <p>Para obtener información adicional, llámenos al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</p> <p>This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-888-285-2249 (TTY/TDD users should call 7-1-1).</p>	<p>Este documento podría estar disponible en otros formatos como braille y letra grande. Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés.</p> <p>Para obtener información adicional, llámenos al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</p> <p>This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-888-285-2249 (TTY/TDD users should call 7-1-1).</p>	<p>Este documento podría estar disponible en otros formatos como braille y letra grande. Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés.</p> <p>Para obtener información adicional, llámenos al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</p> <p>This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-888-285-2249 (TTY/TDD users should call 7-1-1).</p>
Horario de atención	<p>Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del centro. • Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. 	<p>Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del centro. • Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. 	<p>Lo que hay que saber sobre Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del centro. • Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
Números telefónicos y sitio web	<ul style="list-style-type: none"> • Si es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Si no es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-844-629-6890. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Nuestro sitio web: www.getbluetx.com/pdp 	<ul style="list-style-type: none"> • Si es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Si no es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-844-629-6890. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Nuestro sitio web: www.getbluetx.com/pdp 	<ul style="list-style-type: none"> • Si es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-888-285-2249 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Si no es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-844-629-6890. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1). • Nuestro sitio web: www.getbluetx.com/pdp
¿Quiénes pueden solicitar cobertura?	<p>Para solicitar la cobertura en Blue Cross MedicareRx Basic (PDP), tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye lo siguiente: Texas.</p>	<p>Para solicitar la cobertura en Blue Cross MedicareRx Value (PDP), tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye lo siguiente: Texas.</p>	<p>Para solicitar la cobertura en Blue Cross MedicareRx Plus (PDP), tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye lo siguiente: Texas.</p>
¿Qué medicamentos están incluidos?	<p>Puede consultar la lista completa de medicamentos (de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p>	<p>Puede consultar la lista completa de medicamentos (de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p>	<p>Puede consultar la lista completa de medicamentos (de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.getbluetx.com/pdp). O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p>
¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de cobertura en la que esté. Más adelante en este documento, repasaremos las etapas de beneficio que se producen una vez que alcanza su deducible: Cobertura inicial, Interrupción en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.</p>	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de cobertura en la que esté. Más adelante en este documento, repasaremos las etapas de beneficio que se producen una vez que alcanza su deducible: Cobertura inicial, Interrupción en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.</p>	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de cobertura en la que esté. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de cobertura: Cobertura inicial, Interrupción en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.</p>

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
¿Qué farmacias puedo usar?	<p>Tenemos una red de farmacias, y por lo general, tiene que usar estas farmacias para surtir sus recetas médicas para los medicamentos que incluye la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferencial. Es posible que pague menos si acude a estas farmacias.</p> <p>Puede consultar el Directorio de farmacias de nuestra cobertura en nuestro sitio web: (www.getbluetx.com/pdp)</p> <p>O llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de farmacias.</p>	<p>Tenemos una red de farmacias, y por lo general, tiene que usar estas farmacias para surtir sus recetas médicas para los medicamentos que incluye la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferencial. Es posible que pague menos si acude a estas farmacias.</p> <p>Puede consultar el Directorio de farmacias de nuestra cobertura en nuestro sitio web: (www.getbluetx.com/pdp)</p> <p>O llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de farmacias.</p>	<p>Tenemos una red de farmacias, y por lo general, tiene que usar estas farmacias para surtir sus recetas médicas para los medicamentos que incluye la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferencial. Es posible que pague menos si acude a estas farmacias.</p> <p>Puede consultar el Directorio de farmacias de nuestra cobertura en nuestro sitio web: (www.getbluetx.com/pdp)</p> <p>O llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de farmacias.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM
PRIMAS MENSUALES, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CON COBERTURA			
¿Cuál es el costo de la prima mensual?	\$30.70 por mes.	\$82.10 por mes.	\$140.10 por mes.
¿Cuánto es el deducible?	\$415 por año para los medicamentos con receta de la Parte D.	\$415 por año para los medicamentos con receta de la Parte D, salvo para los medicamentos enumerados en el Nivel 1 y Nivel 2, que se excluyen del deducible.	Esta cobertura no tiene deducible.
BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA			
Cobertura inicial	Después de pagar su deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total de los medicamentos alcance los \$3,820. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestra cobertura de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.	Después de pagar su deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que el costo anual total de los medicamentos alcance los \$3,820. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestra cobertura de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.	Pagará lo siguiente hasta que el costo total anual de los medicamentos alcance los \$3,820. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestra cobertura de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM		
Cobertura inicial (continuación)	Gastos compartidos estándar			Gastos compartidos estándar			Gastos compartidos estándar		
	Nivel	Suminis- tro de un mes	Suminis- tro de tres meses	Nivel	Suminis- tro de un mes	Suminis- tro de tres meses	Nivel	Suminis- tro de un mes	Suminis- tro de tres meses
	Nivel 1 (Medica- mentos genéricos preferen- ciales)	Copago de \$6	Copago de \$18	Nivel 1 (Medica- mentos genéricos preferen- ciales)	Copago de \$5	Copago de \$15	Nivel 1 (Medica- mentos genéricos preferen- ciales)	Copago de \$5	Copago de \$15
	Nivel 2 (Medica- mentos genéricos)	Copago de \$9	Copago de \$27	Nivel 2 (Medica- mentos genéricos)	Copago de \$14	Copago de \$42	Nivel 2 (Medica- mentos genéricos)	Copago de \$7	Copago de \$21
	Nivel 3 (Medica- mentos de marca preferen- ciales)	19% del costo total	19% del costo total	Nivel 3 (Medica- mentos de marca preferen- ciales)	Copago de \$47	Copago de \$141	Nivel 3 (Medica- mentos de marca preferen- ciales)	Copago de \$35	Copago de \$105
	Nivel 4 (Medica- mentos de marca no prefe- renciales)	35% del costo total	35% del costo total	Nivel 4 (Medica- mentos de marca no prefe- renciales)	50% del costo total	50% del costo total	Nivel 4 (Medica- mentos de marca no prefe- renciales)	45% del costo total	45% del costo total
	Nivel 5 (Medica- mentos especia- lizados)	25% del costo total	25% del costo total	Nivel 5 (Medica- mentos especia- lizados)	25% del costo total	25% del costo total	Nivel 5 (Medica- mentos especia- lizados)	33% del costo total	33% del costo total

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM		
Cobertura inicial (continuación)	Gastos compartidos preferenciales			Gastos compartidos preferenciales			Gastos compartidos preferenciales		
	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$1	Copago de \$3	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$0	Copago de \$0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$4	Copago de \$12	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$8	Copago de \$24	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$2	Copago de \$6
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	14% del costo total	14% del costo total	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$42	Copago de \$126	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$30	Copago de \$90
	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	30% del costo total	30% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	40% del costo total	40% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	35% del costo total	35% del costo total
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% del costo total	33% del costo total

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM		Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM		Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM	
Cobertura inicial (continuación)	Gastos compartidos estándar en pedidos por correo		Gastos compartidos estándar en pedidos por correo		Gastos compartidos estándar en pedidos por correo	
	Nivel	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$18	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$15	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$15
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$27	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$42	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$21
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	19% del costo total	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$141	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$105
	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	35% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	50% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	45% del costo total
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% del costo total

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM		Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM		Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM	
Cobertura inicial (continuación)	Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo		Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo		Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo	
	Nivel	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$3	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$0	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Copago de \$0
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$12	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$24	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$6
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	14% del costo total	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$126	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Copago de \$90
	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	30% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	40% del costo total	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	35% del costo total
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	25% del costo total	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% del costo total
	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia. Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.		Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia. Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.		Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia. Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.	

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
Interrupción en la cobertura	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$3,820.</p> <p>Luego de que ingrese en el período de interrupción en la cobertura, usted paga el 25% del costo de la cobertura para medicamentos de marca incluidos y el 37% del costo de la cobertura para medicamentos genéricos incluidos hasta que su costo alcance un total de \$5,100, lo que marca el final del período de interrupción en la cobertura. No todos ingresarán al período de interrupción en la cobertura.</p>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$3,820.</p> <p>Luego de que ingrese en el período de interrupción en la cobertura, usted paga el 25% del costo de la cobertura para medicamentos de marca incluidos y el 37% del costo de la cobertura para medicamentos genéricos incluidos hasta que sus gastos alcancen un total de \$5,100, lo que marca el final del período de interrupción en la cobertura. No todos ingresarán al período de interrupción en la cobertura.</p>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$3,820.</p> <p>Luego de que ingrese en el período de interrupción en la cobertura, usted paga el 25% del costo de la cobertura para medicamentos de marca incluidos y el 37% del costo de la cobertura para medicamentos genéricos incluidos hasta que su costo alcance un total de \$5,100, que marca el final del período de interrupción en la cobertura. No todos ingresarán al período de interrupción en la cobertura. En virtud de esta cobertura, es posible que pague aún menos por los medicamentos de marca y genéricos de la lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Tendrá que usar su lista de medicamentos para averiguar su nivel de pago por medicamento. Consulte la tabla a continuación para saber cuánto le costarán los medicamentos.</p>

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM				Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM				Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM			
Interrupción en la cobertura (continuación)	Gastos compartidos estándar				Gastos compartidos estándar				Gastos compartidos estándar			
	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Consulte la pág. 10 para ver información sobre gastos compartidos durante la interrupción en las coberturas Basic y Value.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM				Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM				Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM			
Interrupción en la cobertura (continuación)	Gastos compartidos preferenciales				Gastos compartidos preferenciales				Gastos compartidos preferenciales			
	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sincobertura	Sincobertura	Sincobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Consulte la pág. 10 para ver información sobre gastos compartidos durante la interrupción en las coberturas Basic y Value.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM		
Interrupción en la cobertura (continuación)	Gastos compartidos estándar en pedidos por correo			Gastos compartidos estándar en pedidos por correo			Gastos compartidos estándar en pedidos por correo		
	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 4 (Medicamentos no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura

Consulte la pág. 10 para ver información sobre gastos compartidos durante la interrupción en las coberturas Basic y Value.

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Value (PDP) SM			Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) SM		
Interrupción en la cobertura (continuación)	Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo			Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo			Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo		
	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses	Nivel	Medicamentos con cobertura	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 4 (Medicamentos no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)	Sin cobertura	Sin cobertura
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Sin cobertura	Sin cobertura

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)SM
Cobertura para casos catastróficos	<p>Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia y de pedidos por correo) alcance un total de \$5,100, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 5% del costo total, o • Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia y de pedidos por correo) alcance un total de \$5,100, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 5% del costo total, o • Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia y de pedidos por correo) alcance un total de \$5,100, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 5% del costo total, o • Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos.



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Blue Cross and Blue Shield of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Texas does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Texas has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: 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. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-888-285-2249 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-888-285-2249
(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 1-888-285-2249
(TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
Appelez le 1-888-285-2249 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-888-285-2249 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
تماس بگیرید. 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-285-2249 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-285-2249 (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。1-888-285-2249 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-285-2249 (TTY: 711).



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos para servicios que no forman parte de la red.

Esta información no representa una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 7-1-1), para obtener más información

Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura de medicamentos con receta. Patrocinadora de la Parte D aprobada por Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HISC depende de la renovación del contrato.