

City of Austin

2027 Resumen de beneficios

**Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access
(PPO)SM**

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la *Evidencia de cobertura*.

Y0096_0107AUSTINSB27SPA_M

763729.0926

Lista de verificación previa a la afiliación

Antes de que decida afiliarse, es crucial que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-855-380-8542 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, todos los días, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, servicio de correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Comprendamos los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para aquellos servicios por los cuales visita a un médico de forma habitual. Visite www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa o llame a Servicio al Cliente al 1-855-380-8542 (TTY: 711) para solicitar una copia de la EOC.
- ☐ Consulte con sus proveedores actuales para confirmar que aceptan Medicare. Revise el *Buscador de proveedores* para obtener una lista de los médicos que forman parte de nuestra red.
- ☐ Consulte el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que use para surtir cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no aparece en el directorio, significa que probablemente deba escoger una nueva para surtir sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprendamos las reglas importantes

- ☐ Efecto sobre la cobertura actual. Si en la actualidad está afiliado a un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar la póliza de Medigap, ya que pagará por una cobertura que no podrá usar.
- ☐ Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. En general, esta prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.



Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, mientras pagamos por los servicios cubiertos, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden optar por no brindarle atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la *Evidencia de cobertura*. Los afiliados también pueden ver la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

Tiene varias opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción para obtener los beneficios de Medicare es afiliarse a un plan de salud Medicare Advantage (como **Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* le ofrece un resumen de lo que **Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)** cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos de *Resumen de beneficios* de estos. También puede usar el Buscador de planes Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y usted**". También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Cosas que debe saber sobre **Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)**.
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de medicamentos recetados.

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

Este documento puede estar disponible en otro idioma que no sea inglés. Para obtener más información, llámenos al 1-855-380-8542 (TTY: 711).

Cosas que debe saber sobre Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO).

Horario de atención e información de contacto

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.
- Si es asociado de este plan, llámenos al 1-855-380-8542, (TTY: 711).
- Si no es asociado de este plan, llámenos al 1-855-380-8542, (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a **Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)**, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, cumplir con los requisitos de elegibilidad de su empleador y estar jubilado. Nuestra área de servicio incluye cualquier parte de los Estados Unidos.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede recibir atención de cualquier proveedor que acepte Medicare y esté dispuesto a facturarnos los servicios prestados. Sus niveles de beneficios son los mismos independientemente de si utiliza un proveedor dentro o fuera de nuestra red.

En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede ver el *Buscador de proveedores* y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web (www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa).

También puede llamarnos al 1-855-380-8542 (TTY: 711) para que le enviemos una copia del *Directorio de proveedores* y del *Directorio de farmacias*.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y más. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, los planes cubren los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Nombre del formulario: 3 Tier Complete
- Puede ver el Formulario completo del plan *Formulario* (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa.
- O llámenos al 1-855-380-8542 (TTY: 711) y le enviaremos una copia del *Formulario*.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los tres "niveles." Tendrá que usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio en la que se encuentre. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de beneficios que existen: Deducible, Cobertura inicial y Cobertura en situaciones catastróficas.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	Para obtener información sobre las primas reales que pagará, comuníquese con su empleador o con el administrador del plan de beneficios grupales de su empleador. También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Máxima responsabilidad de gastos de bolsillo	Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que, de todos modos, deberá realizar sus pagos mensuales y costos compartidos por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: • \$0 para los servicios que reciba, combinados, de proveedores dentro y fuera de la red.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Hospital para pacientes internos	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización. <u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por estadía. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por estadía. Es posible que se requiera autorización previa.
Hospital para pacientes externos	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago.

	Es posible que se requiera autorización previa.
Centro quirúrgico ambulatorio	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red:</u> Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago. Consulta con un especialista: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago. Consulta con un especialista: \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabéticos)	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a costo cero. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original a costo cero. Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a servicio al cliente para obtener más información.
Atención de emergencia	\$0 de copago por consulta. Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$0 de copago.
Servicios de urgencia	\$0 de copago por consulta. Cobertura de urgencia en todo el mundo: \$0 de copago.

Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imagen	<u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago. Servicios de laboratorio: \$0 de copago. Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: \$0 de copago. Radiografías: \$0 de copago. Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago. Servicios de laboratorio: \$0 de copago. Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: \$0 de copago. Radiografías: \$0 de copago. Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de la audición	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: \$0 de copago. <u>Examen de audición de rutina:</u> Examen de audición de rutina (1 cada año): \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: \$0 de copago. <u>Examen de audición de rutina:</u> Examen de audición de rutina (1 cada año): \$0 de copago. <u>Dentro y fuera de la red:</u> <u>Audífonos:</u> \$2,500 de asignación para ambos oídos combinados audífonos dentro y fuera de la red cada tres años.

	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios dentales	<u>Dentro de la red:</u> Cubierto por Medicare: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Cubierto por Medicare: \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de la visión	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): \$0 de copago para un examen de la vista. • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): \$0 de copago para un examen de la vista. • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de salud mental	Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención hospitalaria de salud mental en un hospital psiquiátrico para pacientes internos. El límite de atención hospitalaria como paciente interno no se aplica en el caso de servicios de atención para la salud mental como paciente interno en un hospital general. Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los periodos de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado,

	comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios. <u>Dentro de la red:</u> Atención para la salud mental como paciente interno: \$0 de copago por estadía. Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: \$0 de copago. Consulta de terapia individual para pacientes externos: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Atención para la salud mental como paciente interno: \$0 de copago por estadía. Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: \$0 de copago. Consulta de terapia individual para pacientes externos: \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red:</u> Días 1-20: \$0 de copago por día. Días 21-100: \$0 de copago por día. <u>Fuera de la red:</u> Días 1-20: \$0 de copago por día. Días 21-100: \$0 de copago por día. Es posible que se requiera autorización previa.
Fisioterapia	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Rehabilitación para paciente externo	<u>Dentro de la red:</u> Servicios de rehabilitación cardíaca (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día durante un máximo de 36 sesiones hasta un máximo de 36 semanas. Límite de 36 por año): \$0 de copago.

	Consulta de terapia ocupacional: \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Servicios de rehabilitación cardíaca (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día durante un máximo de 36 sesiones hasta un máximo de 36 semanas. Límite de 36 por año): \$0 de copago. Consulta de terapia ocupacional: \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Ambulancia	Ambulancia terrestre: \$0 de copago por cada viaje de ida. Ambulancia aérea: \$0 de copago por cada viaje de ida. Es posible que se requiera autorización previa.
Transporte	\$0 de copago 12 viajes de ida cada año a ubicaciones aprobadas por el plan. Es posible que se requiera autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red:</u> Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 0% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo total. Para medicamentos de insulina de la Parte B: 0% del costo total con un monto máximo de copago mensual de \$35. <u>Fuera de la red:</u> Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 0% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo total. Para medicamentos de insulina de la Parte B: 0% del costo total con un monto máximo de copago mensual de \$35. Es posible que se requiera autorización previa.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Deducible	Deducible de medicamentos recetados: \$50 para los Niveles 2 y 3. Una vez que haya pagado \$50 por sus medicamentos de los niveles 2 y 3, saldrá de la Etapa de Deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, conocida como la Etapa de Cobertura Inicial. Mensaje importante acerca de lo que paga por la insulina No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos al que incluso si no ha pagado su deducible.																											
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos lleguen a \$2,400. <table><tr><th colspan="3">Costos compartidos en farmacias minoristas</th></tr><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para un mes</th><th>Suministro para tres meses</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Genéricos)</td><td>\$10 de copago</td><td>\$30 de copago</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>20% (\$30 mín - \$60 máx)</td><td>20% (\$90 mín - \$180 máx)</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)</td><td>20% (\$50 mín - \$100 máx)</td><td>20% (\$150 mín - \$300 máx)</td></tr></table> Pedido por correo <table><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para un mes</th><th>Suministro para tres meses</th></tr><tr><td>Nivel 1 (Genéricos)</td><td>\$10 de copago</td><td>\$20 de copago</td></tr><tr><td>Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)</td><td>20% (\$30 mín - \$60 máx)</td><td>20% (\$60 mín - \$120 máx)</td></tr><tr><td>Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)</td><td>20% (\$50 mín - \$100 máx)</td><td>20% (\$100 mín - \$200 máx)</td></tr></table>	Costos compartidos en farmacias minoristas			Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel 1 (Genéricos)	\$10 de copago	\$30 de copago	Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)	20% (\$30 mín - \$60 máx)	20% (\$90 mín - \$180 máx)	Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)	20% (\$50 mín - \$100 máx)	20% (\$150 mín - \$300 máx)	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses	Nivel 1 (Genéricos)	\$10 de copago	\$20 de copago	Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)	20% (\$30 mín - \$60 máx)	20% (\$60 mín - \$120 máx)	Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)	20% (\$50 mín - \$100 máx)	20% (\$100 mín - \$200 máx)
Costos compartidos en farmacias minoristas																												
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses																										
Nivel 1 (Genéricos)	\$10 de copago	\$30 de copago																										
Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)	20% (\$30 mín - \$60 máx)	20% (\$90 mín - \$180 máx)																										
Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)	20% (\$50 mín - \$100 máx)	20% (\$150 mín - \$300 máx)																										
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses																										
Nivel 1 (Genéricos)	\$10 de copago	\$20 de copago																										
Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos)	20% (\$30 mín - \$60 máx)	20% (\$60 mín - \$120 máx)																										
Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)	20% (\$50 mín - \$100 máx)	20% (\$100 mín - \$200 máx)																										
Atención a largo plazo, Niveles 1-3	Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.																											

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Fuera de la red, Niveles 1-3	Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red en situaciones específicas. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que sus gastos de bolsillo anuales por costos de medicamentos lleguen a \$2,400, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Tenga en cuenta: la ley federal prohíbe que las personas inscritas en Medicare usen cupones de fabricantes u otros descuentos en medicamentos con su plan de medicamentos. La asistencia financiera para ayudar con los costos de los medicamentos recetados puede estar disponible a través del programa de Ayuda adicional/subsidio por bajos ingresos del gobierno. Puede solicitar Ayuda adicional en cualquier momento antes o después de inscribirse en la Parte D. Para obtener más información o para presentar una solicitud, visite el sitio web del Seguro Social en www.ssa.gov y haga clic en "Medicare", luego en "Solicitar ayuda adicional para la Parte D".

**Beneficios
adicionales
para el
asociado**

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM

**Acupuntura
para el dolor
crónico lumbar**

Dentro de la red:

Cubierto por Medicare:

- \$0 de copago.

Acupuntura de rutina:

- Acupuntura de rutina: \$0 de copago por consulta hasta por 12 consultas de acupuntura de rutina cada año.

Fuera de la red:

Cubierto por Medicare:

- \$0 de copago.

Acupuntura de rutina:

- Acupuntura de rutina: \$0 de copago por consulta hasta por 12 consultas de acupuntura de rutina cada año.

Es posible que se requiera autorización previa.

**Atención
quiropática**

Manipulación de la columna vertebral cubierta por Medicare para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición).

Dentro de la red:

Cubierto por Medicare:

- \$0 de copago.

Atención quiropática de rutina:

- Quiropática de rutina: \$0 de copago por consulta hasta por 20 consultas de quiropática de rutina cada año.

Fuera de la red:

Cubierto por Medicare:

- \$0 de copago.

**Beneficios
adicionales
para el
asociado**

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM

	<u>Atención quiropráctica de rutina:</u> • Quiropráctica de rutina: \$0 de copago por consulta hasta por 20 consultas de quiropráctica de rutina cada año. Es posible que se requiera autorización previa.
Suministros y servicios para la diabetes	<u>Dentro de la red:</u> Suministros para el control de la diabetes • Usted pagará un 0% por los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) cuando se obtengan a través de la farmacia y sean de las marcas Ascensia o Abbott. Los suministros para pruebas de otras marcas requieren autorización previa y también estarán sujetos a un 0% de costo compartido. Todas las tiras reactivas están limitadas a 204 tiras por cada período de 30 días. Capacitación para el automanejo de la diabetes • \$0 de copago. Zapatos terapéuticos o plantillas • 0% del costo total. Monitores para diabetes • 0% del costo total para monitores preferidos • 0% del costo total para monitores no preferidos <u>Fuera de la red:</u> Suministros para el control de la diabetes • Usted pagará un 0% por los suministros para pruebas de diabetes (medidores y tiras reactivas) cuando se obtengan a través de la farmacia y sean de las marcas Ascensia o Abbott. Los suministros para pruebas de otras marcas requieren autorización previa y también estarán sujetos a un 0% de costo compartido. Todas las tiras reactivas están limitadas a 204 tiras por cada período de 30 días. Capacitación para el automanejo de la diabetes • \$0 de copago.

Beneficios adicionales para el asociado	Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) SM
	Zapatos terapéuticos o plantillas • 0% del costo total. Monitores para diabetes • 0% del costo total para monitores preferidos • 0% del costo total para monitores no preferidos Es posible que se requiera autorización previa.
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	<u>Dentro de la red:</u> • \$0 de copago. \$300 asignación anual para pelucas/prótesis capilares para el cuero cabelludo por la pérdida de cabello debido al tratamiento contra el cáncer (combinada dentro y fuera de la red). <u>Fuera de la red:</u> • \$0 de copago. \$300 asignación anual para pelucas/prótesis capilares para el cuero cabelludo por la pérdida de cabello debido al tratamiento contra el cáncer (combinada dentro y fuera de la red). Es posible que se requiera autorización previa.
Programas de bienestar	\$0 de copago para el programa de acondicionamiento físico El beneficio de acondicionamiento físico puede ayudarle a llevar una vida más sana y activa a través del acondicionamiento físico y las relaciones sociales. Usted está cubierto para acceder a un beneficio de acondicionamiento físico tanto en línea como en lugares participantes. Usted tiene acceso a una red nacional de centros participantes donde puede tomar clases.
Cuidado de los pies (<i>servicios de podiatría</i>)	Exámenes de pie y tratamiento cubiertos por Medicare si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple ciertas condiciones. <u>Dentro de la red:</u>

**Beneficios
adicionales
para el
asociado**

Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM

	<u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Podología de rutina:</u> • Podiatría de rutina: Sin cobertura. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Podología de rutina:</u> • Podiatría de rutina: Sin cobertura. Es posible que se requiera autorización previa.
Atención médica a domicilio	<u>Dentro de la red:</u> • \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios del programa de tratamiento por opioides	<u>Dentro de la red:</u> • \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para	<u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia de grupo • \$0 de copago. Consulta de terapia individual

Beneficios adicionales para el asociado	Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) SM
pacientes externos	• \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Consulta de terapia de grupo • \$0 de copago. Consulta de terapia individual • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Artículos de venta sin receta (OTC)	Cada mes recibirá una asignación de \$20 para gastar en medicamentos de venta libre (OTC) y otros artículos relacionados con la salud. Estos incluyen aspirina, vitaminas, pasta dental y más. Su asignación OTC se carga en su Tarjeta de Gastos Flexibles, una tarjeta de débito precargada. Puede utilizarla para comprar artículos aprobados por el plan en los minoristas participantes, tanto en tiendas físicas como en línea. O realice el pedido de nuestro catálogo OTC para recibir la entrega en casa. Si la Tarjeta de Gastos Flexibles no puede utilizarse al momento de pagar, existe un proceso alternativo de reembolso. Los montos de la asignación mensual que no se utilicen se transferirán al mes siguiente. Todos los fondos vencen al final del año del plan o cuando usted deje de participar en el plan. Para obtener más información, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.
Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	<u>Dentro de la red:</u> Prótesis • \$0 de copago. Suministros médicos relacionados • \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Prótesis • \$0 de copago. Suministros médicos relacionados

Beneficios adicionales para el asociado	Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) SM
	• \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Comidas	Los miembros elegibles recibirán 14 comidas durante un período de 7 días después de una estadía como paciente hospitalizado que reúna los requisitos o de una estadía calificada en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility). Este beneficio está limitado a un máximo de 3 veces por año. Este beneficio no se aplica al alta luego de una visita a la sala de emergencias, una estadía para observación ni a una consulta ambulatoria. Es posible que se requiera autorización previa.
Diálisis renal	<u>Dentro de la red:</u> • \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de telemedicina	• Servicios de cuidado urgente virtual - \$0 de copago (solo disponible a través del proveedor de servicios de telesalud de HCSC), Servicios especializados de salud mental virtuales - \$0 de copago (solo disponible a través del proveedor de servicios de telesalud de HCSC), Servicios psiquiátricos virtuales - \$0 de copago (solo disponible a través del proveedor de servicios de telesalud de HCSC)
Cuidados de hospicio	Usted no paga nada por la atención de cuidados de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar una parte de los costos totales de los medicamentos y por la atención de relevo. Los cuidados de hospicio se cubren fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-380-8542 (TTY: 711). Someone who speaks Spanish can help you. This is a free service.

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-380-8542 (TTY: 711) para obtener más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando su prima correspondiente a la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a proporcionar tratamiento a los asociados de Blue Cross and Blue Shield of Texas, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre la cobertura de un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos correspondientes a los servicios fuera de la red.

Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Los planes grupales PPO de empleadores/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua (HCSC)-H0107 y H8634, y HCSC Insurance Services Company (HISC)-H1666. HCSC y HISC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e HISC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La afiliación a estos planes depende de la renovación del contrato.

Los beneficios, las características y/o los dispositivos varían según el plan/área de servicio. Pueden aplicarse limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Los individuos deben vivir en el área de servicio del plan. Los beneficios varían según el plan. Se requiere autorización previa y/o referidos para ciertos servicios.

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el conocimiento limitado de inglés y el primer idioma), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la normativa correspondiente). Proporcionamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas de comunicación gratuitas para permitir una comunicación efectiva con nosotros. También ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin cargo, llámenos al 1-855-380-8542 (TTY: 711).

Si considera que no le hemos proporcionado un servicio, o considera que hemos discriminado de alguna otra manera, puede presentar un reclamo ante:

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono: 1-855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD: 1-855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax: 1-855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico: civilrightscoordinator@hcsc.com

Puede presentar un reclamo por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en:

US Dept of Health & Human Services	Teléfono: 1-800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD: 1-800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:
Washington, DC 20201	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
	Formularios de quejas:
	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso también está disponible en el sitio web en bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice.

Blue Cross Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-380-8542 (TTY: 711). Hours are 8 a.m. – 8 p.m., local time, 7 days a week. If you are calling from April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on weekends and holidays. Or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-380-8542 (TTY:711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-380-8542 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
中文 Chinese	注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-855-380-8542 文本电话: 711) 或咨询您的服务提供者。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-380-8542 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-380-8542 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય આંકડાકીય સહાય અને અન્ય સહાયક સેવાઓ ફાઇનલ માટેની પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ સવના મુલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-380-8542 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयोगी सामाजिक उपकरण और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-380-8542 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-380-8542 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-380-8542 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníítí'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 1-855-380-8542 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-855-380-8542 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود

Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-380-8542 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
Русский Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-380-8542 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-380-8542 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 1-855-380-8542 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
فارسی Persian	مادر راستای پاسخگویی به سوالات شما در مورد طرح سلامت یا دارویی خود، دارای خدمات مترجم رایگان هستیم. برای داشتن یک مترجم، کافیست از طریق شماره 1-855-380-8542 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. یک شخص فارسی زبان می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
Laotian	ພວກເຮົາມີບໍລິການຜູ້ແປພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ເພື່ອອອຍຕອບ ອໍຕາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີ ກ່ຽວກັບ ບໍາແຜນປະກັນ ນັ້ນ ຂະໜາບ ແລະ ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອເອົາຜູ້ແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-380-8542 (TTY: 711). ຈະມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-380-8542 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

GRACIAS

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-855-380-8542, TTY: 711

Nombre de la organización: Blue Cross and Blue Shield of Texas

Sitio web de la organización: www.bcbstx.com/retiree-medicare-coa