



The University of Texas System

2026

Resumen de beneficios

UT CARE Medicare (PPO)SM

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

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_0107UTSSB26SPA_M

760616.0925

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 1-877-842-7562 (TTY: 711). Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, todos los días, 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 días 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 la www.bcbstx.com/retiree-medicare-tools o llame al 1-877-842-7562 (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 médicos dentro 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.

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 2027.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos por servicios cubiertos ofrecidos por un proveedor no contratado, el proveedor deberá aceptar brindarle tratamiento. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por 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*. También puede ver la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.bcbstx.com/retiree-medicare-tools.

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 **UT CARE Medicare (PPO)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que **UT CARE Medicare (PPO)** cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros, 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

- Lo que debe saber sobre **UT CARE Medicare (PPO)**.
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.

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 1-877-842-7562 (TTY: 711).

Cosas que debe saber sobre UT CARE Medicare (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, 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 1-877-842-7562, (TTY: 711).
- Si no es asociado de este plan, llámenos al 1-877-842-7562, (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: www.bcbstx.com/retiree-medicare-tools.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a **UT CARE Medicare (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?

UT CARE Medicare (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede buscar atención de cualquier proveedor que acepte Medicare y esté dispuesto a facturarnos. Sus niveles de beneficios son los mismos ya sea que utilice o no un proveedor de la red.

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

También puede llamarnos al 1-877-842-7562 (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.

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

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

UT CARE Medicare (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. Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: • \$0 por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.

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 con cero costos compartidos. <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original con cero costos compartidos. 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 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> \$2,000 asignación para audífonos (ambos oídos combinados) 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 periodo 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 periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo 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 externos: \$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 externos: \$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	Sin cobertura

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
adicionales para
el asociado**

UT CARE Medicare (PPO)SM

Acupuntura para aliviar el dolor crónico en la zona lumbar	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Acupuntura de rutina:</u> • Acupuntura de rutina: Sin cobertura. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Acupuntura de rutina:</u> • Acupuntura de rutina: Sin cobertura. Es posible que se requiera autorización previa.
Atención quiropráctica	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). <u>Dentro de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Atención quiropráctica de rutina:</u> • Quiropráctica de rutina: \$0 de copago por consulta por hasta 35 consulta(s) de quiropráctica de rutina cada año. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Atención quiropráctica de rutina:</u> • Quiropráctica de rutina: \$0 de copago por consulta por hasta 35 consulta(s) de quiropráctica de rutina cada año. Es posible que se requiera autorización previa.

**Beneficios
adicionales para
el asociado**

UT CARE Medicare (PPO)SM

Suministros y servicios para la diabetes	<u>Dentro de la red:</u> Suministros para el control de la diabetes • 0% de costos compartidos por todos los suministros para las pruebas de diabetes (medidores, tiras reactivas y lancetas) que se obtengan a través de la farmacia. Capacitación para el automanejo de la diabetes • \$0 de copago. Zapatos terapéuticos o plantillas • 0% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> Suministros para el control de la diabetes • 0% de costos compartidos por todos los suministros para las pruebas de diabetes (medidores, tiras reactivas y lancetas) que se obtengan a través de la farmacia. Capacitación para el automanejo de la diabetes • \$0 de copago. Zapatos terapéuticos o plantillas • 0% del costo total. 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. <u>Fuera de la red:</u> • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Programas de bienestar	\$0 de copago para el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers 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 a través de SilverSneakers en línea y en los lugares participantes.

Beneficios adicionales para el asociado	UT CARE Medicare (PPO) SM
	Usted tiene acceso a una red nacional de centros participantes donde puede tomar clases. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	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> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Podología de rutina:</u> • Podología de rutina: Sin cobertura. <u>Fuera de la red:</u> <u>Cubierto por Medicare:</u> • \$0 de copago. <u>Podología de rutina:</u> • Podología de rutina: Sin cobertura. Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de enfermería privada	<u>Dentro y fuera de la red:</u> \$10,000 Asignación por año para servicios no cubiertos por Medicare. Para obtener más detalles sobre los beneficios y las limitaciones de los beneficios relacionados con su cobertura de enfermería a domicilio, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.

Beneficios adicionales para el asociado	UT CARE Medicare (PPO) SM
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 pacientes externos	<u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia de grupo • \$0 de copago. Consulta de terapia individual • \$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)	Sin cobertura
Prótesis (<i>aparatos ortopédicos</i>,	<u>Dentro de la red:</u> Prótesis • \$0 de copago.

Beneficios adicionales para el asociado	UT CARE Medicare (PPO) SM
<i>extremidades artificiales, etc.)</i>	Suministros médicos relacionados • \$0 de copago. <u>Fuera de la red:</u> Prótesis • \$0 de copago. Suministros médicos relacionados • \$0 de copago. Es posible que se requiera autorización previa.
Comidas	Sin cobertura
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 a través de MDLive), Servicios especializados de salud mental virtuales: \$0 de copago (solo a través de MDLive), Servicios psiquiátricos virtuales: \$0 de copago (solo a través de MDLive)
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 1-877-842-7562 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-842-7562 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. 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.

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 1-877-842-7562 (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@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad 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: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	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 la 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 1-877-842-7562 (TTY: 711) 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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 આક્રમક સહાય અને અસરકારક ફોન માટેની પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ સવના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-842-7562 (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। 1-877-842-7562 (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'1-877-842-7562 (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. 1-877-842-7562 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłt'igogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jii'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 jii'eh hóló. Kohjí' 1-877-842-7562 (TTY: 711) hodiilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihih.
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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyang 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) 1-877-842-7562 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
فارسی Persian	ما در 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 1-877-842-7562 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. یک شخص فارسی زبان می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
ລາວລາວ Laotian	ພວກເຮົາ ມີ ບໍລິ ການຜູ້ ແປພາສາ ບໍ່ ເສຍຄ່າໃຫ້ ເພື່ອ ອອກອາດອາດ ອໍ ຄາຖາມທີ່ ທ່ານອາດມີ ກ່ຽວກັບ ບໍລິ ການບໍ່ ເສຍຄ່າ ຂະ ພາບ ແລະ ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອ ອາດ ຜູ້ ແປພາສາ, ພຽງແຕ່ ໂທຫາພວກເຮົາ ທີ່ ເບີ 1-877-842-7562 (TTY: 711). ຈະ ມີ ຄົນ ທີ່ ເວົ້າ ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ ແມ່ນ ບໍລິ ການບໍ່ ເສຍຄ່າ.
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 1-877-842-7562 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.



Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los asociados, 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 costos compartidos correspondientes a los servicios fuera de la red.

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-842-7562 (TTY: 711) para obtener más información.

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.

Plan PPO proporcionado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua. HCSC es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación depende de la renovación del contrato.

GRACIAS

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-877-842-7562, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: www.bcbstx.com