



UT CARE™

The University of Texas System

Resumen de Beneficios

UT CARE™ Medicare PPO

Enero 1 del 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos o todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura Inserto de beneficios".

Y0096_0107UTSSB23SPA_M

760616.0922

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

January 1 de 2023: 31 de diciembre de 2023

	UT CARE™ Medicare PPOSM
Tiene opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare con pago por cada servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.• Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare mediante el ingreso en un Plan de Salud de Medicare (como UT CARE™ Medicare PPO).
Consejos para comparar sus opciones de Medicare	<p>Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre UT CARE™ Medicare PPO y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, solicite los cuadernillos de Resumen de beneficios de los otros planes. O use el localizador de coberturas Medicare en www.medicare.gov.• Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual actual "Medicare y Usted". Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
Secciones de este cuadernillo	<ul style="list-style-type: none">• Conceptos que debe conocer de UT CARE™ Medicare PPO• Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
Horario de Servicio	<ul style="list-style-type: none">• Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., hora local.• Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., hora local.
Números de Teléfono	<ul style="list-style-type: none">• Llame al número de teléfono gratuito 1-877-842-7562. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

UT CARE™ Medicare PPOSM	
¿Quién puede registrarse?	<p>Para suscribirse al UT CARE™ Medicare PPO, debe estar inscrito en la Parte A y B, y ser jubilado o derechohabiente de un jubilado elegible para Medicare, de The University of Texas System.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye cualquier lugar de los Estados Unidos.</p>
¿A qué médicos y hospitales puedo acudir?	<p>UT CARE™ Medicare PPO tiene una red de médicos, hospitales, y otros proveedores. Si usa los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede consultar el <i>Directorio de proveedores</i> de nuestro plan en https://www.bcbstx.com/ut.
¿Qué cubrimos?	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y <i>más</i>.</p> <p>Los miembros de nuestra cobertura obtienen <i>todos</i> los beneficios cubiertos por Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen <i>más de lo que cubre Medicare Original</i>. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

January 1 de 2023: 31 de diciembre de 2023

UT CARE™ Medicare PPOSM	
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
¿Cuánto es la prima mensual?	Para obtener información sobre las primas que pagará, comuníquese con el grupo de su empleador o con el administrador del plan de beneficios del empleador. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.
¿Hay algún límite respecto a cuánto pagaré por mis servicios incluidos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege ya que tiene límites anuales en los gastos de su bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, continúa teniendo servicios hospitalarios y médicos incluidos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por servicios que recibe de cualquier profesional de la salud. Su límite por servicios recibidos de proveedores dentro de la red y su límite por servicios recibidos de proveedores fuera de la red se considerarán para este límite.
¿Hay un límite en el monto que pagará el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios complementarios. Comuníquese con nosotros para obtener los servicios que aplican.
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS	
NOTA: Es posible que los servicios que tengan el símbolo “*” requieran autorización previa o un referido de su médico.	
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN	
Atención en hospital para pacientes internados*	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por estadía • Copago de \$0 por estadía

SERVICIOS Y ATENCIÓN PARA PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

Atención hospitalaria/cirugía ambulatoria*

Atención hospitalaria ambulatoria

- Dentro de la red: copago de \$0
- Fuera de la red: copago de \$0

Centro de cirugía ambulatoria

- Dentro de la red: copago de \$0
- Fuera de la red: copago de \$0

Consultas con el médico*

Servicios del médico de atención primaria

- Dentro de la red: copago de \$0
- Fuera de la red: copago de \$0

Consulta con un especialista

- Dentro de la red: copago de \$0
- Fuera de la red: copago de \$0

UT CARE™ Medicare PPO SM		
Atención médica preventiva*	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: copago de \$0 Fuera de la red: copago de \$0 	
	Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, que incluyen:	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoría para el alcoholismo Mediciones de masa ósea Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) Exámenes cardiovasculares Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) Examen de detección de depresión Prueba de detección de diabetes Examen de detección de VIH Servicios de terapia de nutrición médica Detección de obesidad y consejería Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoría para el alcoholismo Mediciones de masa ósea Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) Exámenes cardiovasculares Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino
<ul style="list-style-type: none"> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoría para el alcoholismo Mediciones de masa ósea Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) Exámenes cardiovasculares Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino 	<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) Examen de detección de depresión Prueba de detección de diabetes Examen de detección de VIH Servicios de terapia de nutrición médica Detección de obesidad y consejería Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) 	

UT CARE™ Medicare PPO SM	
	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual • Asesoría para dejar de consumir tabaco (asesoría para personas sin signos de una enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas • Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una vez) • Consulta de "Bienestar" anual <p>Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.</p>
Atención de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p>Consulte la sección "Atención en Hospital para Pacientes Internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.</p>
Servicios Requeridos Urgentemente	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0

UT CARE™ Medicare PPO SM	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías*	<p><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Radiografías ambulatorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0

UT CARE™ Medicare PPOSM	
Servicios auditivos*	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Examen auditivo de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por 1 examen auditivo de rutina cada año • Fuera de la red: copago de \$0 por 1 examen auditivo de rutina cada año <p><u>Aparatos auditivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro y fuera de la red: \$1,000 por oído dentro y fuera de la red para audífonos cada 3 años
Servicios dentales*	<p><u>Servicios dentales limitados incluidos en Medicare (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Servicios dentales integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura

UT CARE™ Medicare PPO SM	
Servicios para la vista*	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Examen anual de glaucoma</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas • Fuera de la red: copago de \$0 por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

UT CARE™ Medicare PPOSM	
Atención de salud mental*	<p><u>Consulta de paciente internado</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención durante hospitalización (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por estadía • Fuera de la red: copago de \$0 por estadía <p><u>Consulta de terapia grupal e individual ambulatoria con un especialista en salud mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)*	<p>Nuestro plan cubre hasta 180 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$0 por día para los días 21-180 • Fuera de la red: copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$0 por día para los días 21-180

UT CARE™ Medicare PPO SM	
Rehabilitación ambulatoria*	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones en 36 semanas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Consulta de terapia ocupacional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Ambulancia* <i>(Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)</i>	<p><u>Servicios terrestres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por cada traslado de ida • Fuera de la red: copago de \$0 por cada traslado de ida <p><u>Servicios aéreos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por cada traslado de ida • Fuera de la red: copago de \$0 por cada traslado de ida
Transporte*	Sin cobertura

UT CARE™ Medicare PPO SM	
Medicamentos de Medicare Parte B*	<p><u>Medicamentos para quimioterapia de Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 0% del costo total • Fuera de la red: 0% del costo total <p><u>Otros Medicamentos Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 0% del costo total • Fuera de la red: 0% del costo total

BENEFICIOS ADICIONALES DE MIEMBROS

NOTA: Es posible que los servicios que tengan el símbolo “*” requieran autorización previa o un referido de su médico.

<p>Acupuntura</p>	<p><u>Acupuntura para dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Acupuntura de rutina (no cubierta por Medicare)</u></p> <p>Sin Cobertura</p>
<p>Atención quiropráctica*</p>	<p><u>Manipulación de la columna cubierta por Medicare para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Consultas de atención médica de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 hasta por 35 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año
<p>Suministros y servicios para la diabetes*</p>	<p><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Suministros para personas diabéticas cubiertos por Medicare: 0% del costo total • Fuera de la red: 0% del costo total <p><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0

UT CARE™ Medicare PPO SM	
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>) [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Programas de Bienestar	<p>Copago de \$0 para el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers[†]</p> <p>Este beneficio incluye las clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. En las ubicaciones participantes, puede tomar clases, además de utilizar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX[®] ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand[™] y una aplicación móvil, SilverSneakers GO[™].</p> <p>[†] SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.</p>
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>) [*]	<p><u>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Atención médica en el hogar [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Servicios del programa de tratamiento de opioides [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0

	UT CARE™ Medicare PPOSM
Servicios Ambulatorios de Tratamiento de Abuso de Sustancias*	<p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Elementos de venta libre	Sin cobertura
Enfermería para servicios privados	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>)*	<p><u>Dispositivos ortopédicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0 <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Comidas	Sin cobertura
Diálisis renal*	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 • Fuera de la red: copago de \$0
Servicios de telesalud complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: copago de \$0 por atención médica inmediata; copago de \$0 por salud mental ambulatoria; copago de \$0 por consulta ambulatoria para atención médica psiquiátrica a través de MDLive.

UT CARE™ Medicare PPOSM

Centro de Cuidado Paliativo

No paga nada por cuidados paliativos desde un centro paliativo con certificación de Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos totales de los medicamentos y la atención médica de relevo. Un centro paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.



**BlueCross BlueShield
of Texas**

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad: 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. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono mediante la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington D. C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de the Blue Cross and Blue Shield Association

English: 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/TDD: 1-877-842-7562). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: 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/TDD: 1-877-842-7562). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: سيقوم شخص ما يتحدث العربية إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول (TTY/) 1-877-842-7562 (TDD: 1-877-842-7562). بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषयिणी सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषयिणी प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご利用になるには、1-877-842-7562 (TTY/TDD: 1-877-842-7562) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros 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 que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.

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

Las coberturas PPO son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC) y GHS Insurance Company (GHSIC). Los planes PPO para grupos de empleadores/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal. HCSC, HISC y GHSIC son concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.