



BlueCross BlueShield
of Texas

THE TEXAS A&M
UNIVERSITY SYSTEM

Usted tiene la ventaja.

En este documento encontrará lo siguiente:

- detalles sobre la cobertura para jubilados de The Texas A&M University System;
- información sobre cómo funciona la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO)SM;
- preguntas frecuentes.



This document is available in English.
Please contact Customer Service for assistance.

Y0096_GRPOAMABREKTAM24_M



Acceda con facilidad a la cobertura de Medicare con la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan PPO.

The Texas A&M University System les ofrece a usted y a sus derechohabientes elegibles para Medicare la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

Esta cobertura, administrada por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), ofrece servicios adicionales de salud y bienestar junto con lo que ofrece Original Medicare. Incluye los servicios médicos que se usan con más frecuencia, como consultas a profesionales médicos, servicios para pacientes internados y ambulatorios y atención médica de emergencia.

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) es una cobertura Medicare Advantage PPO de acceso abierto. De vez en cuando, podría recibir comunicaciones automáticas que hagan referencia a la cobertura llamada "Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM". Esa cobertura es la misma que la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

Así es como funciona la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).



Prestadores de servicios médicos

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) es una cobertura Open Access Medicare Advantage PPO con la que no es obligatorio acudir a un prestador de servicios médicos de la red. Obtendrá el mismo nivel de cobertura sin importar si este forma parte de la red o no. Puede consultar a cualquier profesional médico de todo el país que acepte Medicare y que acceda a enviar las reclamaciones a BCBSTX o a la aseguradora Blue Cross and Blue Shield en su localidad.

Tenga en cuenta lo siguiente: Incluso los prestadores de servicios médicos asignados a Medicare pueden decidir qué pacientes desean atender. Le recomendamos que confirme con los prestadores de servicios médicos si aceptarán su cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) y si están de acuerdo en enviarnos las reclamaciones.

Puede encontrar prestadores de servicios médicos en www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare (en inglés).

Algunos servicios médicos de alto costo tienen alternativas más económicas que requieren una autorización previa de la aseguradora antes de que su prestador de servicios médicos pueda proceder.



Medicamentos recetados de Medicare Parte D

La manera de obtener los medicamentos recetados no ha cambiado. Sigue teniendo la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de Express Scripts que ofrece la cobertura 65 Plus vigente.

Los beneficios y servicios de salud y bienestar adicionales complementan su cobertura.



Servicios médicos de la audición

La pérdida auditiva puede afectar su calidad de vida, tanto física como emocional. Es por eso que su cobertura incluye los siguientes beneficios y servicios a través de TruHearing u otros prestadores de servicios para la audición:

- copago de \$0 para un examen rutinario de audición por año con un coaseguro del 20%;
- ajustes y modificaciones de audífonos;
- asignación de \$2,000 para artículos de la audición (por oído), que se adquieran dentro y fuera de la red, cada 3 años.

Servicio de enfermería privada

Las consultas de enfermería privada temporal médicamente necesarias le ayudan a usted y a su cuidador a gestionar problemas de salud complejos.

Soluciones de bienestar

Haga un seguimiento de su salud y continúe aprendiendo con nuestras herramientas de bienestar y educación. Puede configurar y monitorear el progreso para alcanzar sus objetivos de salud. También puede aprender sobre los siguientes temas:

- alimentación y peso saludables;
- cese del consumo de tabaco;
- manejo del estrés y la salud mental;
- consejos de seguridad.

Acondicionamiento físico diseñado para usted

El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® está incluido en su cobertura. Le ayuda a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar mediante el acceso a más de 15,000 gimnasios y clases en línea a cargo de instructores con certificación.

Consultas virtuales

Las consultas virtuales a través de MDLIVE le permiten consultar a médicos o terapeutas con contrato independiente y avalados por la junta de especialidades médicas, para situaciones que no sean de emergencia, por teléfono, por la aplicación móvil o por video en línea, en cualquier momento y lugar. Hable con un médico o programe una cita a la hora que más le convenga. Su prestador de servicios médicos actual podría ofrecer consultas virtuales.

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Llámenos. Un enfermero titulado (*registered nurse*) atenderá su llamada y le ayudará si se encuentra enfermo o herido y no está seguro de qué hacer.

Prevención de la diabetes y la hipertensión

Omada® es un programa clínicamente comprobado que ayuda a reducir el riesgo de contraer diabetes de tipo 2 o enfermedades cardíacas, además de ayudar a los participantes a establecer hábitos saludables.

Programas para la hipertensión y la diabetes

Los programas de Livongo ayudan a simplificarle la vida si padece hipertensión o diabetes. Mejore el control de la presión arterial con monitoreo a domicilio y apoyo personalizado sin costo. Si padece diabetes de tipo 1 o 2, recibirá tiras y lancetas sin costo y un medidor sincronizado. Ambos programas ofrecen asesoramiento.

Programas para el dolor musculoesquelético y crónico

Hinge Health puede ayudarle a superar el dolor crónico de espalda, rodilla o cadera sin cirugía ni medicamentos, y es parecido a la fisioterapia a domicilio.

¿Qué sucede luego de que solicita cobertura?

1. Aprobación de Medicare

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) se le otorga automáticamente. Aunque ya tenga cobertura Medicare, es necesario que Medicare apruebe su solicitud para esta cobertura antes de que se convierta oficialmente en asegurado. Por lo general, esto demora aproximadamente 10 días hábiles. Recuerde que debe ser un jubilado asegurado con la Parte A y la Parte B de Medicare para ser elegible para esta cobertura.

2. Cartas de acuse de recibo y confirmación

Con estas cartas, le informaremos sobre el estado de su solicitud de cobertura. Dentro de los 10 a 14 días de haber recibido su solicitud de cobertura, le enviaremos una carta de acuse de recibo. Le explicará que hemos recibido su información y que estamos esperando que Medicare apruebe su elegibilidad. Después de la aprobación de Medicare, recibirá una carta de confirmación, seguida de su tarjeta de asegurado.

3. Tarjeta de asegurado

Recibirá un nuevo número y una nueva tarjeta de asegurado. Muéstrelas su nueva tarjeta de asegurado a sus prestadores de servicios médicos o al personal del consultorio y recuérdelos que su número de asegurado anterior ya no es válido. Si el profesional médico no usa su tarjeta y número de asegurado nuevos, no se podrán confirmar sus beneficios y podría haber demoras en el procesamiento de sus reclamaciones.



La tarjeta incluirá la siguiente información:

- **Su nombre**
- **El nombre de su cobertura como prestación laboral (grupal) de Medicare**
- **El número de asegurado**
Este número es único para usted.
- **El número de la póliza**
Este número solo lo usa la aseguradora.
- **Los copagos**
Si corresponde, estas son cantidades fijas que usted podría tener que pagar cuando acuda a un prestador de servicios médicos o a la sala de emergencias.
- **En caso de tener alguna pregunta, usted o su prestador de servicios médicos pueden llamar al número en su tarjeta de asegurado.**
- **Nuestro sitio web**

Si no recibe su tarjeta de asegurado por correo postal antes de la fecha de entrada en vigor, puede usar su cobertura; solo tiene que mostrar su carta de confirmación de cobertura como comprobante.

4. Kit de bienvenida

Generalmente llega después que la tarjeta de asegurado y contiene una guía de bienvenida, un folleto que resume la Evidencia de cobertura e información para que aproveche al máximo su cobertura.



Manténgase conectado

Una vez que ya esté asegurado con 65 Plus Medicare Advantage (PPO), su aseguradora se convertirá en su aliada para asuntos de salud. Nos comunicaremos con usted durante el año para brindarle recordatorios útiles y consejos de salud. Si tiene un problema médico especial, podría recibir atención personalizada de nuestros profesionales médicos, que le ayudarán a cuidar su salud y buscar recursos personalizados. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre su cobertura.

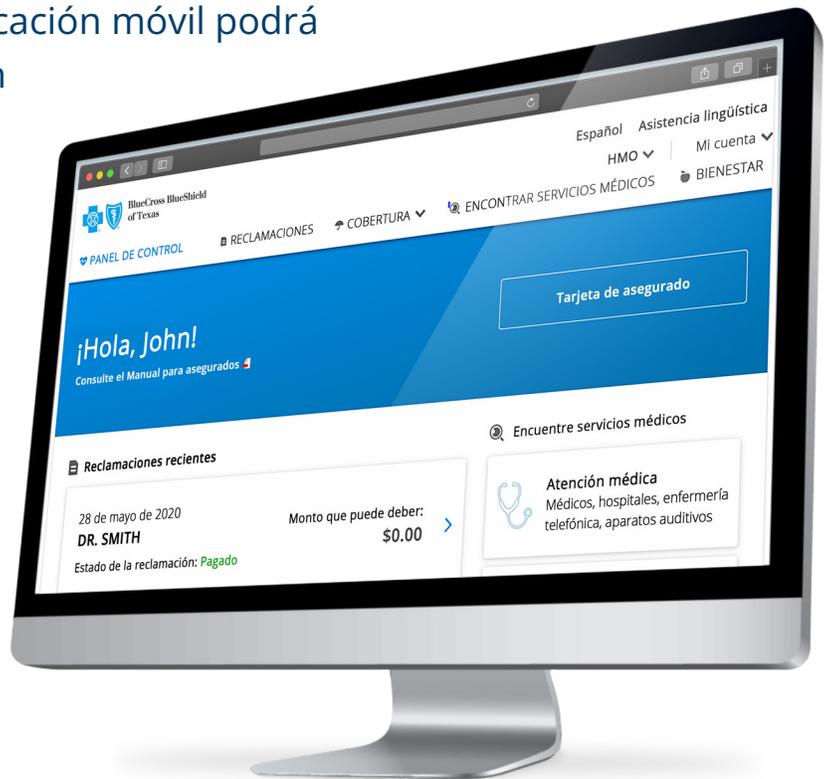
Blue Access for MembersSM (BAMSM)

Si aún no lo ha hecho, inscríbese en el portal protegido BAM, en espanol.bluemembertx.com.

Mediante este sitio seguro y la aplicación móvil podrá consultar fácilmente la información relacionada con su cobertura médica desde cualquier lugar.

Puede hacer lo siguiente:

- Buscar prestadores de servicios de atención médica.
- Ver el estado de las reclamaciones y hasta 18 meses de actividad.
- Solicitar una tarjeta de asegurado o imprimir una tarjeta provisional de asegurado.
- Encontrar información sobre salud y bienestar.



¡Es fácil comenzar!

Visite espanol.bluemembertx.com o, desde su teléfono inteligente y con su tarjeta de asegurado, envíe BCBSTXAPP por mensaje de texto[†] al 33633 para que pueda usar BAM en dondequiera que se encuentre.

[†] Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos.

En Blue Cross and Blue Shield of Texas nos sentimos honrados de que The Texas A&M University System nos haya confiado su salud.

Nos comprometemos a brindarles experiencia médica, conveniencia y un servicio excepcionales a usted y a los miembros de su familia elegibles para Medicare.

Comencemos.

1. Los jubilados elegibles para Medicare y los derechohabientes de jubilados elegibles para Medicare deben tener cobertura tanto con la Parte A como con la Parte B de Medicare. También tiene que continuar pagando las primas de la Parte A o de la Parte B que sean necesarias. Estas se descuentan, por lo general, de su beneficio del Seguro Social. Si aún no se inscribe en Medicare, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o visite www.ssa.gov/es para solicitar cobertura en línea.

2. Revise el Resumen de beneficios y servicios médicos adjunto para obtener más detalles sobre su cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

3. Recibirá la cobertura automáticamente, no tiene que llenar ningún formulario. No obstante, si prefiere renunciar a la cobertura, debe avisar lo antes posible a través de la oficina de prestaciones de la empresa de la que se jubiló. **Si toma medidas para rechazar la cobertura, no tendrá cobertura médica, ni cobertura para medicamentos, ni seguro de vida básico para jubilados a través de The Texas A&M University System.**

4. Preste atención a su buzón, ya que se le enviarán las cartas de acuse de recibo de la solicitud de cobertura y de confirmación; seguidas de su nueva tarjeta de asegurado de la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) y el kit de bienvenida.

Preguntas frecuentes sobre las coberturas Medicare y Medicare Advantage.

Medicare es un programa de atención médica del gobierno, diseñado para personas mayores de 65 años. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses adquieren el derecho a solicitar cobertura en Medicare al trabajar y pagar sus impuestos por un mínimo de 10 años. Bajo ciertas circunstancias, las personas menores de 65 años pueden ser elegibles para la cobertura Medicare. Existen cuatro partes de Medicare relacionadas con servicios específicos:

Parte A: cobertura hospitalaria.

Parte B: cobertura médica.

Parte C: coberturas Medicare Advantage (compañías aseguradoras como BCBSTX, que tienen contratos con el gobierno para brindar cobertura Medicare a través de una variedad de productos de seguros).

Parte D: cobertura para medicamentos recetados.

P. ¿Necesito solicitar cobertura en Medicare con el gobierno o solo con esta cobertura?

R. Es necesario solicitar la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare por medio del gobierno federal para que los jubilados sean elegibles para cualquiera de las coberturas de Medicare para jubilados, incluida esta póliza 65 Plus Medicare Advantage (PPO). Para obtener la cobertura completa, usted debe solicitar cobertura de la Parte A y B de Medicare y continuar pagando la prima de la Parte B. Esto es parecido a lo que ocurría en años anteriores con las coberturas A&M Care y 65 Plus, con las que era obligatorio que tanto los jubilados como los derechohabientes asegurados elegibles para Medicare se inscribieran en la Parte A y Parte B de Medicare. Consulte con la oficina de prestaciones de su empresa para saber cómo funcionará su cobertura para jubilados con Medicare.

P. Es la primera vez que solicito Medicare. ¿Cuándo entrará en vigor la cobertura?

R. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que se procesó la solicitud o la fecha de entrada en vigor de las Partes A y B de Medicare, la que sea más tarde. Cuando solicite la cobertura TAMUS Medicare PPO, deberá proporcionar su Número de Medicare de 11 caracteres, que se encuentra en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, y su fecha de entrada en vigor. La fecha más temprana en la que una persona que va a cumplir 65 años se puede inscribir en la Parte A y B es tres meses antes del mes de su cumpleaños.

P. Todavía no tengo 65 años. ¿Cuándo puedo solicitar cobertura en las Partes A y B de Medicare?

R. Usted cuenta con un período de inscripción inicial (IEP) de siete meses para solicitar cobertura: los tres meses antes del mes que cumple 65 años, el mes de su cumpleaños y los tres meses que le siguen al mes que cumple 65 años.

P. Ya estoy asegurado en una cobertura de Medicare. ¿Continuaré teniéndola?

R. Solo puede estar asegurado en una cobertura de Medicare a la vez. Le ofrecemos ayuda mientras cambia a la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

P. ¿Dónde puedo encontrar recursos de Medicare adicionales?

R. Los siguientes sitios web podrían ser útiles: es.medicare.gov; www.ssa.gov/es; www.cms.gov (en inglés).

P. ¿Cómo solicito cobertura?

R. La solicitud de cobertura de Medicare se realiza a través de la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés). La mayoría de las personas deberían solicitar cobertura en la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) durante el período de inscripción inicial (IEP, en inglés). La oficina del Seguro Social le enviará instrucciones para solicitar cobertura al comienzo de ese período. Durante ese tiempo, podrá solicitar cobertura de Medicare por primera vez. Es un período de siete meses que comienza tres meses antes del mes que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple años, y dura hasta tres meses después del mes que cumplió los 65 años. Por ejemplo, si usted nació en junio, su ventana de inscripción comprende desde el 1 de marzo hasta el 30 de septiembre.

Si usted ya está recibiendo beneficios del Seguro Social, será inscrito automáticamente en la Parte A de Medicare al comienzo de su período de inscripción inicial. Sin embargo, tendrá que comunicarse con la oficina del Seguro Social para solicitar la cobertura de la Parte B.

Si no recibe instrucciones de la oficina del Seguro Social, llame al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)** o visite www.ssa.gov/es para solicitar cobertura en Medicare.

Debido a que la solicitud de cobertura lleva tiempo en procesarse, si su plan es jubilarse a los 65 años, le recomendamos que la solicite tres meses antes de cumplir los 65 años.

IMPORTANTE: Para participar en una cobertura Medicare patrocinada por su empleador, usted tendrá que solicitar cobertura en las Partes A y B. Si no solicita cobertura en las Partes A y B de Medicare cuando es elegible por primera vez, puede estar sujeto a multas por inscripción tardía.

P. ¿Hay costos de Medicare fuera de mi cobertura?

R. La Parte A no le costará nada si usted o su cónyuge hicieron contribuciones al Seguro Social por un mínimo de 10 años. Sin embargo, si se inscribe en la Parte A o Parte B, ya no podrá agregar dinero a una cuenta de ahorros médicos. Usted paga una prima cada mes por la Parte B. Si recibe beneficios de una de las siguientes entidades, la prima de la Parte B se descontará automáticamente del pago de beneficios:

- el Seguro Social;
- la Junta de Retiro Ferroviario;
- la Oficina de Administración de Personal.

Si usted no recibe estos pagos de beneficios, recibirá una factura por la prima de la Parte B. La prima mensual de la Parte B cambia cada año y puede variar según sus ingresos, por medio de lo que se conoce como IRMAA: Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos. La mayoría de las personas pagarán la cantidad estándar de la prima. Medicare usa la información del ingreso bruto ajustado modificado que se informó en su declaración anual al Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace dos años para determinar la prima de la Parte B que le tocará pagar. Esta es la información más reciente de su declaración anual que el IRS le brinda al Seguro Social.

Medicare enviará un aviso por correo postal a aquellas personas que deban pagar los recargos del IRMAA.

P. ¿Qué sucede si no pago las primas de la Parte B?

R. No pagar las primas de la Parte B o el recargo del IRMAA tendrá como consecuencia la finalización de la cobertura.

Comparación entre las coberturas de Medicare grupales y particulares

P. ¿Cuáles son las ventajas de una cobertura grupal de Medicare, como la de 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO), en comparación con una cobertura de Medicare particular?

R. Como norma general, las coberturas como prestación laboral de Medicare ofrecen mejores beneficios que las coberturas particulares. Y, como muchos sindicatos o empresas ofrecen un plan de aportaciones o subsidios definidos (pagando parte del costo que usted tendría que pagar íntegramente por una cobertura particular), es probable que el costo también sea menor.

P. ¿Tengo que elegir una cobertura que se ofrece por medio de The TAMUS System?

R. Puede rechazar la cobertura. Si lo hace, no tendrá ningún tipo de seguro para gastos médicos, para medicamentos recetados ni de vida básico para jubilados por medio de The Texas A&M University System. Puede mantener otros tipos de cobertura e inscribirse en la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) más tarde durante el período de inscripción anual o después de un suceso que lo haga elegible.

P. Si decido no solicitar cobertura como prestación laboral (grupal) ahora, ¿podré hacerlo en otro momento?

R. Sí, puede solicitar cobertura o rechazarla en cualquier momento en que haya un suceso que lo haga elegible o durante el período de inscripción abierta.

P. ¿Son elegibles mis derechohabientes?

R. Sí. Se considera derechohabiente al cónyuge, a un hijo menor de 26 años o a un derechohabiente elegible mayor de 26 años que tenga una discapacidad y que esté incluido en la cobertura médica del jubilado a través de TAMUS System. En función de la elegibilidad de Medicare, existen distintas posibilidades:

- Si el jubilado y los derechohabientes son elegibles para Medicare, todos tendrán la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).
- Si uno de los cónyuges o derechohabientes no es elegible para Medicare, todos permanecerán en la cobertura vigente hasta que todos sean elegibles para Medicare.
- Si el jubilado no es elegible para Medicare, pero sus derechohabientes sí lo son, todos permanecerán en la cobertura vigente hasta que todos sean elegibles para Medicare.
- Si ni el jubilado ni sus derechohabientes son elegibles para Medicare, todos permanecerán en la cobertura vigente hasta que todos sean elegibles para Medicare.

P. ¿Qué es una cobertura Medicare Advantage? ¿Qué diferencias tiene con mi cobertura tradicional?

R. Las coberturas Medicare Advantage son pólizas autorizadas y reguladas por el gobierno y emitidas por compañías de seguros médicos privadas, como Blue Cross and Blue Shield of Texas, que expanden los beneficios que brindan las Partes A y B de Medicare.

También conocidas como coberturas de la “Parte C de Medicare”, incluyen algunos beneficios y servicios médicos que las Partes A y B de Original Medicare no incluyen tradicionalmente. Por ejemplo, la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) ofrece servicios que no están incluidos en la cobertura de Medicare, como servicios para la audición (incluida una asignación para audífonos), el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®, servicios quiroprácticos, servicio de enfermería privada, la línea de enfermería telefónica 24-Hour Nurse Line y consultas virtuales.

P. ¿Me pueden negar cobertura debido a un problema médico preexistente? ¿Pueden cancelar mi póliza una vez que me haya inscrito debido a mi problema médico?

R. No le pueden negar cobertura debido a un problema médico preexistente. Tampoco le pueden cancelar la cobertura ni negarle sus reclamaciones por servicios incluidos debido a un problema médico preexistente.

P. ¿Podré acudir a mis prestadores de servicios médicos actuales?

R. Sí. Se trata de una PPO “no diferenciada” o “pasiva”. Usted puede acudir a cualquier profesional médico que: 1) acepte Medicare; 2) acepte atenderlo como paciente; y 3) acepte facturar a la aseguradora. No es necesario que sean parte de ninguna red de Blue Cross and Blue Shield.

P. Ya tengo un plan médico. ¿Continuaré teniéndolo?

R. Sí. Le ofrecemos la asistencia de un equipo de expertos que manejará su atención mientras realiza la transición a la cobertura TAMUS Medicare Advantage (PPO). Esta ayuda se conoce como continuidad de la atención médica o coordinación de los servicios médicos.

P. ¿Mi prestador de servicios médicos podrá enviar reclamaciones fácilmente a 65 Plus Medicare Advantage (PPO)?

R. Sí. De hecho, hemos simplificado el proceso de reclamaciones para los profesionales médicos. En lugar de enviar las reclamaciones a Medicare, los prestadores de servicios médicos ahora pueden enviarlas directamente a la aseguradora. Los profesionales médicos que se encuentran fuera de Texas pueden presentar las reclamaciones a la aseguradora BCBS en su localidad; ellos ya conocen este proceso. Nosotros nos encargamos de cualquier interacción con Medicare. Además, les ofrecemos a los prestadores de servicios médicos recursos educativos sobre las coberturas Open Access. El número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado es para que usted o el profesional médico llamen en caso de tener alguna pregunta.

P. ¿Mi cobertura incluye medicamentos recetados?

R. Su cobertura incluye todo lo que ofrece la cobertura de la Parte B de Medicare, que a su vez incluye algunos medicamentos y servicios. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en la cobertura de la Parte B de Medicare, visite [es.medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient](https://www.medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient).

P. ¿Cuáles son mis otras opciones de cobertura para medicamentos recetados?

R. La cobertura para medicamentos de la Parte D para los jubilados de Texas A&M System está disponible mediante una aseguradora independiente y se incluye al solicitar la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

P. ¿Cómo sé si un medicamento está incluido en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D o de TAMUS Medicare PPO?

R. La manera en la que accede a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de TAMUS no ha cambiado. La Parte D incluye los medicamentos comunes para pacientes ambulatorios que se surten en la farmacia, como aquellos que se usan para tratar la presión arterial alta, el colesterol alto, la depresión y la osteoporosis. Estos tipos de medicamentos recetados no están incluidos en la Parte A ni en la Parte B de Medicare. Si tiene preguntas sobre la cobertura de servicios en farmacias y para medicamentos, llame a Servicio al Cliente de la Parte D al 1-800-860-7849, TTY 711.

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) incluye algunos de los siguientes medicamentos recetados y servicios que suelen estar incluidos en la Parte B de Medicare:

- Medicamentos que no puede administrarse usted mismo. Estos medicamentos pueden administrarse en el consultorio de un médico como parte de sus servicios. La cobertura podría estar limitada a medicamentos que se administran por medio de infusiones o inyecciones en un hospital o centro para pacientes ambulatorios.
- Suministros para diabéticos como se detallan en la Evidencia de cobertura.
- Determinadas vacunas:
 - vacuna contra el COVID-19,
 - vacuna contra la gripe,
 - vacuna antineumocócica,
 - vacuna contra la Hepatitis B.
- Otras vacunas que están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad (como la vacuna antitetánica).
- Medicamentos inyectables o administrados mediante infusión; algunos antígenos; agentes estimulantes de la eritropoyesis para tratar la anemia; factores de coagulación de la sangre; algunos medicamentos inmunosupresores orales contra el cáncer y contra las náuseas utilizados como parte del tratamiento de quimioterapia; alimentación intravenosa y por sonda, e inmunoglobulina intravenosa (IgIV) administrada en el hogar; algunos medicamentos orales e intravenosos para aquellos con enfermedad renal en etapa terminal.

Si necesita saber si un medicamento que le recetaron está incluido en la Parte B o en la Parte D, llame a Servicio al Cliente de 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

P. ¿Tendré acceso a servicios para la vista, la audición o de otro tipo?

R. La cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) incluye un examen rutinario de la vista, un examen rutinario de la audición, una asignación para artículos de la audición y acupuntura de rutina.

P. ¿Cuándo recibiré mi nueva tarjeta de asegurado de 65 Plus Medicare Advantage?

R. Recibirá una carta de reconocimiento, seguida de una carta de confirmación y, luego, su nueva tarjeta de asegurado. Puede usar su carta de confirmación como comprobante de que tiene seguro hasta que reciba su tarjeta. La tarjeta de la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) solo se puede utilizar con prestadores de servicios médicos y hospitales. Tendrá que usar las tarjetas de asegurado de otras pólizas cuando utilice servicios incluidos en otras coberturas (por ejemplo, medicamentos recetados de la Parte D).

Recuerde que recibirá un nuevo número y una nueva tarjeta de asegurado. **Asegúrese de mostrárselos a sus prestadores de servicios médicos o al personal del consultorio, y recuérdelos que su número de asegurado anterior ya no es válido.** Si el profesional médico no usa su tarjeta y número de asegurado nuevos, no se podrán confirmar sus beneficios y podría haber demoras en el procesamiento de sus reclamaciones.

P. ¿Están incluidos los servicios quiroprácticos?

R. La cobertura incluye 30 consultas quiroprácticas rutinarias al año con un coaseguro del 20%.

P. ¿Tengo derecho a utilizar el servicio de enfermería privada con esta cobertura?

R. El servicio de enfermería privada está incluido con un coaseguro del 20% para enfermería privada que sea temporal y médicamente necesaria.

P. ¿Qué servicios médicos necesitan autorización previa?

R. Una autorización previa (PA, en inglés) es cuando un prestador de servicios médicos contratado necesita obtener una aprobación de parte de la compañía de seguros para poder prestar un servicio. El objetivo es asegurarse de que el servicio sea la mejor opción para el paciente y evitar servicios costosos que tienen poco valor. Se necesita una autorización previa para los siguientes servicios:

- Imagenología avanzada (resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones);
- servicios musculoesqueléticos (dolor, articulaciones, columna vertebral);
- oncología médica para pacientes ambulatorios;
- radioterapia para pacientes ambulatorios;
- polisomnografía nocturna (estudios del sueño)
- para pacientes ambulatorios;
- medicamentos especializados para pacientes ambulatorios;
- soluciones para la gestión de análisis de laboratorio: pruebas moleculares y genéticas;
- equipo médico duradero específico;
- algunos procedimientos que se llevan a cabo como parte de una hospitalización.

No necesita una autorización previa para una observación de veintitrés (23) horas ni para las consultas en una sala de emergencias.

El prestador de servicios médicos se coordinará con nosotros para recibir cualquier autorización previa que necesite, y hablará con usted sobre otras opciones, de ser necesario. Si tiene una autorización previa activa cuando obtenga la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO), esa autorización continúa vigente durante los primeros seis meses de cobertura.

P. ¿Cuáles son mis beneficios y servicios complementarios?

R. Sus beneficios y servicios complementarios incluyen lo siguiente:

- servicios médicos de la audición;
- servicio de enfermería privada;
- soluciones de bienestar;
- programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®;
- enfermería telefónica 24/7 Nurseline;
- consultas virtuales;
- prevención y apoyo para las enfermedades crónicas;
- programas para la hipertensión y la diabetes;
- programas para el dolor musculoesquelético y crónico;
- programas para el control de peso.

P. ¿Con qué frecuencia me enviarán facturas? ¿Quién las mandará?

R. El proceso de facturación a través del sistema A&M no cambiará. Si tiene alguna pregunta sobre el pago de las primas para la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO), comuníquese con el departamento de facturación del seguro (System Insurance Billing) al 1-979-845-0015. Recuerde que sigue teniendo que pagar la prima de la Parte B de Medicare.

P. ¿Recibiré un estado de cuenta de Medicare periódicamente según la cobertura que elija?

R. Si solicita la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO), recibirá las Explicaciones de beneficios (EOB, en inglés) de Blue Cross and Blue Shield of Texas. La frecuencia con la que reciba este documento dependerá de la frecuencia con la que consulte a su prestador de servicios médicos o surta un medicamento. Este documento no es una factura. Sencillamente, le brinda información detallada sobre lo que usted pagó e indica el nivel de cobertura que se aplicó.

Después de solicitar cobertura

P. ¿Cuándo entrará en vigor mi cobertura?

R. Como jubilado, su cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) suele entrar en vigor el primer día del mes en el que cumple 65 años o el primer día del mes siguiente. Es necesario tener cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare para recibir la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO).

P. ¿Tendré acceso a los mismos servicios de salud y bienestar que tenía con las coberturas A&M Care o 65 Plus?

R. Sí. Podrá seguir usando todas estas herramientas de salud y bienestar:

- Hinge Health
- Enfermería telefónica 24/7 Nurseline
- Blue365®
- Learn to Live
- Omada
- Livongo
- SilverSneakers®
- Wondr Health

Estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes. BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza ningún producto o servicio que ofrecen los proveedores mencionados en este documento.

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSTX. Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su cobertura médica. Los empleados deben consultar la información específica de la cobertura en su certificado de beneficios y servicios médicos o comunicarse con Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales. Los costos de los servicios o productos tampoco cuentan en favor de ningún máximo o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se otorgan por medio de proveedores que participan en este programa.

BCBSTX no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar al médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de cancelar o modificar este programa en cualquier momento y sin previo aviso. American Hearing Benefits, Beltone™, HearUSA y TruHearing® prestan los servicios para la audición. ContactsDirect®, Croakies, Davis Vision™, EyeMed Vision Care, Glasses.com, Jonathan Paul Fitovers y LasikPlus® prestan los servicios para el cuidado de la vista.



¿Tiene preguntas sobre la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)?



Infórmese por medio de WebMD ONE o en nuestro sitio web exclusivo para jubilados de Texas TAMUS University System. espanol.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare



Reciba ayuda personalizada llamando a la línea educativa Education Helpline. 1-855-476-4149

Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de enero: todos los días, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m., hora del centro.

Del 1 de febrero al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) durante los fines de semana y días feriados.

Consulte los documentos de su cobertura para obtener más detalles.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios y servicios con cobertura.. Consulte los documentos de su cobertura para obtener más detalles.

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de BCBSTX, excepto en situaciones de emergencia. Le recomendamos que confirme con los prestadores de servicios médicos si aceptarán su cobertura Medicare Advantage Open Access PPO y si están dispuestos a enviarnos directamente su factura. Cuando acuda a su cita, entréguele al profesional médico una copia del Aviso para prestadores de servicios médicos sobre las coberturas Open Access que se incluye en la guía de bienvenida. Obtenga más información sobre los gastos compartidos que se aplican a servicios fuera de la red y otros temas llamando al número de Servicio al Cliente o consultando la Evidencia de cobertura.

Blue Cross®, Blue Shield® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Express Scripts® Pharmacy es una marca registrada de Express Scripts Strategic Development, Inc.

Accredo es una farmacia de medicamentos especializados contratada para proporcionar servicios a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Las clases y los servicios varían según la ubicación.

SilverSneakers® es un programa de bienestar cuya propiedad y administración corresponden a Tivity Health, Inc., una compañía independiente.

Tivity Health y SilverSneakers® son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., o de sus subsidiarias o afiliadas en los EE. UU. u otros países.

Livongo, Omada y Hinge Health son compañías independientes que tienen contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar soluciones para el control de la salud a asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

EviveHealth, LLC., es una compañía independiente que administra servicios de correspondencia sobre salud y una plataforma digital para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) es una cobertura Medicare Advantage PPO de acceso abierto. De vez en cuando, los asegurados podrían recibir comunicaciones automáticas que hagan referencia a la cobertura llamada "Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM". Esa cobertura es la misma que la cobertura 65 Plus Medicare (PPO).

Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC) y a GHS Insurance Company (GHSIC), ofrece las coberturas PPO. Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura PPO disponible como prestación laboral o a través de sindicatos. HCSC, HISC y GHSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.