



BlueCross BlueShield
of Texas

The Texas A&M University System

Resumen de Beneficios

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

Del 1.º de enero al 31 de diciembre del 2024

Este documento le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite el "Anexo de Beneficios de la Evidencia de Cobertura".

Y0096_0107TAMUSSB24_M

763133.0723

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La información proporcionada sobre los beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-855-476-4149 (TTY 711) y solicite la “Evidencia de Cobertura” o acceda a ella en línea en www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare.

Para inscribirse en 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO), debe tener derecho a Medicare Parte A estar inscrito en Medicare Parte B y ser jubilado o derechohabiente de un jubilado elegible para Medicare de The Texas A&M University System.

Nuestra área de servicio incluye cualquier lugar de los Estados Unidos.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted recurre a los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios, a menos que se indique lo contrario en su Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés).

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte 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), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande.

Si desea más información, llámenos a 1-855-476-4149 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visítenos en www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare.

Comprensión de los Beneficios

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede buscar atención de cualquier proveedor que acepte Medicare y que acepte emitir facturas a nosotros. Sus niveles de beneficios son los mismos, sin importar si utiliza o no un proveedor que forma parte de la red.

- En general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas de Medicamentos Parte D cubiertos.
- Puede consultar el Directorio de Proveedores o el Directorio de Farmacias de nuestro plan en www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare.

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

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS INCLUIDOS

<p>¿Cuánto es la prima mensual? (incluye medicamentos y servicios médicos)</p>	<p>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.</p>
<p>Deducible</p>	<p>Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.</p>
<p>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta de la Parte D)</p>	<p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$750 combinados por servicios que recibe de proveedores dentro y fuera de la red.
<p>Atención en hospital para pacientes internados*</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total por estadía</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total por estadía</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados*</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p>
<p>Centro Quirúrgico para Pacientes No Hospitalizados (ASC, en inglés)*</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p>

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
Consultas al médico* <ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud primaria • Especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago • <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total
Atención médica preventiva* (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	<p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago</p> <p>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.</p> <p>* Hay otros servicios de prevención disponibles. Hay algunos servicios incluidos que pueden tener un costo.</p>
Atención Médica de Emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p> <p>No se aplica el costo compartido si se admite al paciente en un plazo de 3 días por la misma afección.</p>
Servicios Requeridos Urgentemente	<p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p>

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías*

- **Pruebas y procedimientos de diagnóstico**
- **Servicios de laboratorio**
- **Resonancia magnética, tomografía computarizada**
- **Radiografías**

- **Dentro de la red:** 5% del costo total **Fuera de la red:** 5% del costo total
- **Dentro de la red:** 5% del costo total **Fuera de la red:** 5% del costo total
- **Dentro de la red:** 5% del costo total **Fuera de la red:** 5% del costo total
- **Dentro de la red:** 5% del costo total **Fuera de la red:** 5% del costo total

Servicios para la audición*

- **Examen auditivo cubierto por Medicare**
- **Examen auditivo de rutina**

- **Dentro de la red:** 5% del costo total
- **Fuera de la red:** 5% del costo total
- **Dentro de la red:** 20% del costo total para un examen auditivo de rutina cada año
- **Fuera de la red:** 20% del costo total para un examen auditivo de rutina cada año

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro y Fuera de la Red</u>: \$2,000 de asignación por ambos oídos dentro y fuera de la red para audífonos cada 3 años
<p>Servicios dentales*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red</u>: 5% del costo total • <u>Fuera de la red</u>: 5% del costo total • Sin Cobertura • Sin Cobertura
<p>Servicios para la vista*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para la vista cubierto por Medicare • Anteojos cubiertos por Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red</u>: 5% del costo total • <u>Fuera de la red</u>: 5% del costo total • <u>Dentro de la red</u>: 5% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas • <u>Fuera de la red</u>: 5% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
<ul style="list-style-type: none"> • Examen para la vista rutinario • Anteojos de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina cada año • <u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina cada año • Sin Cobertura
<p>Atención de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes internados • Consulta de terapia individual o grupal para pacientes no hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total <p>Individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total <p>Grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total
<p>Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)*</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por día entre los días del 1 al 20. 5% del costo total por día entre los días del 21 al 100.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> \$0 de copago por día para los días del 1 al 20. 5% del costo total por día para los días del 21 al 100.</p>

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) SM	
Rehabilitación para Pacientes No Hospitalizados* <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Ocupacional • Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje 	<p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total</p> <p><u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total</p>
Ambulancia* <ul style="list-style-type: none"> • Servicios terrestres • Servicios aéreos 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total por cada viaje de ida • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total por cada viaje de ida • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total por cada viaje de ida • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total por cada viaje de ida
Transporte*	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B* <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia • Otros medicamentos Parte B 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total • <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total • <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total

BENEFICIOS ADICIONALES DE ASEGURADOS

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

Acupuntura

Acupuntura para dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)

- Dentro de la red: 5% del costo total
- Fuera de la red: 5% del costo total

Acupuntura de rutina (no cubierta por Medicare)

- Dentro de la red: 20% del costo total hasta por 30 consultas de acupuntura de rutina por año.
- Fuera de la red: 20% del costo total hasta por 30 consultas de acupuntura de rutina por año.

Atención quiropráctica*

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición) cubierta por Medicare

- Dentro de la red: 5% del costo total
- Fuera de la red: 5% del costo total

Atención quiropráctica de rutina (no cubierto por Medicare)

- Dentro de la red: 20% del costo total hasta por 30 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año.
- Fuera de la red: 20% del costo total hasta por 30 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año.

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
Suministros y servicios para la diabetes*	<p><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 0% del costo total para los suministros de prueba preferidos; 5% del costo total para los suministros de prueba no preferidos; 5% del costo total para todos los demás suministros. • Fuera de la red: 0% del costo total para los suministros de prueba preferidos; 5% del costo total para los suministros de prueba no preferidos; 5% del costo total para todos los demás suministros. <p><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: \$0 de copago • Fuera de la red: \$0 de copago
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total
Programas de bienestar	<p>\$0 de copago 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-DemandTM y una aplicación móvil, SilverSneakers GOTM.</p> <p>Blue Cross[®], Blue Shield[®] y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.</p> <p>SilverSneakers[®] es un programa de bienestar que pertenece a la compañía independiente Tivity Health, Inc. y es administrado por esta.</p> <p>Tivity Health y SilverSneakers[®] son marcas registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., sus subsidiarias o filiales en EE. UU. u otros países.</p>
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)*	<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: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
Atención médica en el hogar*	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total
Servicios del programa de tratamiento de opioides*	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: \$0 de copago • Fuera de la red: \$0 de copago
Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes no hospitalizados*	<p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total
Elementos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Cobertura
Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)*	<p><u>Dispositivos ortopédicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total
Comidas	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Cobertura
Diálisis renal*	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 5% del costo total • Fuera de la red: 5% del costo total

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
Servicios de telesalud complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: \$10 de copago por atención médica inmediata; \$0 de copago por servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados; \$0 de copago por consulta de atención médica psiquiátrica para pacientes no hospitalizados a través de MDLive. • Fuera de la red: Sin cobertura
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, nacionalidad, 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, nacionalidad, 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 el 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, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el 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 Reclamos de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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, una Compañía Mutua de Reserva Legal, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-842-7562** (TTY: **711**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-842-7562** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-842-7562** (телетайп: **711**).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-877-842-7562** (TTY: **711**).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں **1-877-842-7562** (TTY: **711**).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**) पर कॉल करें।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-842-7562** (ATS : **711**).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-842-7562** (TTY: **711**).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-842-7562** (TTY/TDD: **711**).



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los asegurados de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos 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 1-855-476-4149 (TTY: 711) para obtener más información.

Cobertura PPO proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). HCSC es una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.