BlueCross BlueShield of Texas

2026 Resumen de beneficios

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)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_5715005SB26SPA_M 766816.0725

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 1-888-285-2249 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, 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 getbluetx.com/pdp o llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para solicitar una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el *Buscador de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude ahora forman parte de la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente deba escoger otro médico.
- ☐ Consulte el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que use para surtir cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no aparece en el directorio, significa que probablemente deba escoger una nueva para surtir sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprendamos las reglas importantes

- ☐ Además de pagar la prima mensual del plan, 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.

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, getbluetx.com/pdp.

Tiene varias opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener cobertura de medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare, como **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)**.
- Otra opción es obtener su cobertura de medicamentos con receta a través de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Obtiene toda la cobertura de la Parte A, la Parte B y la cobertura de medicamentos recetados (Parte D) a través de estos planes.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios proporciona un resumen de lo que cubre **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de medicamentos recetados, solicite los folletos de Resumen de beneficios de estos. También puede usar el Buscador de planes Medicare en https://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 https://www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Cosas que debe saber sobre **Blue Cross MedicareRx Value (PDP).**
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de medicamentos recetados.

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

Este documento puede estar disponible en otro idioma que no sea inglés. Para obtener más información, llámenos al 1-888-285-2249 (TTY: 711).

Cosas que debe saber sobre Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

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, los 7 días de la semana. 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 1-888-285-2249, (TTY: 711).
- Si no es asociado de este plan, llámenos al 1-877-213-1817, (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: getbluetx.com/pdp.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a **Blue Cross MedicareRx Value (PDP)**, Debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

¿Qué farmacias puedo usar?

Tenemos una red de farmacias y, en general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Puede que pague menos si usa estas farmacias.

Puede ver el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en getbluetx.com/pdp.

También puede llamarnos al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para que le enviemos una copia del *Directorio de farmacias*.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Cubrimos los medicamentos de la Parte D.

- Puede ver el *Formulario* completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, getbluetx.com/pdp.
- También puede llamarnos al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para que le enviemos una copia del *Formulario*.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

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

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

2 SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Prima mensual del plan	Paga $167.40 por mes. También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
Deducible	Deducible de medicamentos recetados: $615 para los Niveles 3, 4 y 5. Una vez que haya pagado $615 los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, dejará la Etapa de deducible y pasará a la siguiente etapa de pago por medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial. **Mensaje importante acerca de lo que paga por la insulina** No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos al que pertenezca, incluso si no ha pagado su deducible.

Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos lleguen a $2,100.

Costos compartidos en farmacias minoristas estándar		
Nivel	**Suministro para un mes**	**Suministro para tres meses**
Nivel 1 (Genérico preferido)	$5 de copago	$15 de copago
Nivel 2 (Genérico)	$6 de copago	$18 de copago
Nivel 3 (Medicamento de marca preferidos)	21% de coseguro	21% de coseguro
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	34% de coseguro	34% de coseguro
Nivel 5 (Medicamento especializados)	25% de coseguro	No corresponde

Costos compartidos en farmacias minoristas preferidas		
Nivel	**Suministro para un mes**	**Suministro para tres meses**
Nivel 1 (Genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (Genérico)	$1 de copago	$3 de copago
Nivel 3 (Medicamento de marca preferidos)	18% de coseguro	18% de coseguro
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	32% de coseguro	32% de coseguro
Nivel 5 (Medicamento especializados)	25% de coseguro	No corresponde

Farmacias estándar con servicio de pedido por correo		
Nivel	**Suministro para un mes**	**Suministro para tres meses**
Nivel 1 (Genérico preferido)	$5 de copago	$15 de copago
Nivel 2 (Genérico)	$6 de copago	$18 de copago
Nivel 3 (Medicamento de marca preferidos)	21% de coseguro	21% de coseguro
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	34% de coseguro	34% de coseguro

	Nivel 5 (Medicamento especializados)	25% de coseguro	No corresponde
	Farmacias preferidas con servicio de pedido por correo		
	Nivel	**Suministro para un mes**	**Suministro para tres meses**
	Nivel 1 (Genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
	Nivel 2 (Genérico)	$1 de copago	$3 de copago
	Nivel 3 (Medicamento de marca preferidos)	18% de coseguro	18% de coseguro
	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	32% de coseguro	32% de coseguro
	Nivel 5 (Medicamento especializados)	25% de coseguro	No corresponde
	Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos, llámenos o consulte la *Evidencia de cobertura* del plan en nuestro sitio web (getbluetx.com/pdp).		
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a $2,100, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.		

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 1-888-285-2249 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de interpretación sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Blue Cross MedicareRx Value es un plan de medicamentos recetados que tiene con un contrato con Medicare. La afiliación **Blue Cross MedicareRx Value** depende de la renovación del contrato.

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.

La cobertura de salud la ofrece HCSC Insurance Services Company.

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 1-888-285-2249 (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 (servicio de 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 un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame a la línea directa gratuita que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

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

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

Si usted es un asociado de Medicare, acceda a su Aviso de no discriminación en https://www.bcbstx.com/tx/documents/medicare/pdp/2026/pdp-mli-tx-2026.pdf

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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
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 1-888-285-2249 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-285-2249 (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 ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ સવના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-888-285-2249 (TTY: 711) પર કૉલ 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। 1-888-285-2249 (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 por fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-888-285-2249 (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. 1-888-285-2249 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-888-285-2249 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارس Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-888-285-2249 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong 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 1-888-285-2249 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 1-8888-285-2249 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔"
فارسی Persian	ما در راستای پاسخگویی به سؤالات شما در مورد طرح سلامت یا دارویی خود، دارای خدمات مترجم رایگان هستیم. برای داشتن یک مترجم، کافیست از طریق شماره 1-888-285-2249 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. یک شخص فارسی زبان می‌تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است
ລາວ Laotian	ພວກເຮົາ ມີ ບໍ ລິ ການຫຼາ ຍ ແບບ ທີ່ ເປັ ນ ປະ ໂຫ ຍ ດ ສໍ ລັ ບ ທ່ ານ ທີ່ ເວົ້ າ ພາ ສາ ລາ ວ ຄວ ນ ໂທ ຫາ ພວ ກ ເຮົ າ ທີ່ ເບີ 1-888-285-2249 (TTY: 711). ຈະ ມີ ຄ່ າ ບໍ ລິ ການ ບໍ່ ເສ ຍ ຄ່ າ. ການ ແປ ພາ ສາ ທີ່ ເໝາະ ສົ ມ ແລະ ການ ບໍ ລິ ການ ທີ່ ເຂົ້ າ ເຖິ ງ ໄດ້ ງ ່ າ ຍ ດາ ຍ ຂອ ງ ຂ ່ າ ວ ສານ ໃນ ຮູ ບ ແບ ບ ທີ່ ເຂົ້ າ ເຖິ ງ ໄດ້ ກໍ ສາ ມາ ດ ໃຫ້ ທ ່ ານ ໄດ້ ຮ ັ ບ ໂດ ຍ ບ ໍ ່ ເສ ຍ ຄ ່ າ ໃດ ໜ ຶ ່ ງ ນ ີ້ ແມ ່ ນ ການ ບ ໍ ລ ິ ການ ບ ໍ ່ ເສ ຍ ຄ ່ າ.
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 1-888-285-2249 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711) para obtener más información.

Planes de medicamentos recetados proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía de reserva legal mutua, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La afiliación a los planes de HCSC dependerá de la renovación del contrato.

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.

GRACIAS

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-888-285-2249, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: getbluetx.com/pdp