BlueCross BlueShield of Texas

Resumen de Beneficios del 2025

Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)SM

Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

En este documento, se le brinda un resumen de lo que incluimos y de lo que usted paga. No se indican todos los servicios que incluimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Y0096_4801018SB25SPA_M 759526.0724

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de decidir inscribirse en el plan, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y conversar con un representante de Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY: 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Comprensión de los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés), en especial para aquellos servicios para los que habitualmente consulta a un médico. Visite getbluetx.com/mapd o 1-877-774-8592 (TTY: 711) para solicitar una copia de la EOC.
- ☐ Revise la red de proveedores (*Provider Finder*) (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora forman parte de la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que es probable que tenga que seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el *Directorio de Farmacias* a fin de asegurarse de que la farmacia que usa para adquirir cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para adquirir sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén incluidos.

Comprensión de normas importantes

- ☐ Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, la cobertura de atención médica actual de este plan finalizará una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, la cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience la cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee abandonar la póliza de Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.
- ☐ Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima de la póliza se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.
- ☐ Nuestro plan le permite acudir a consultas con profesionales de la salud que no forman parte de nuestra red (profesionales de la salud sin contrato). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios incluidos que proporcione un profesional de la salud sin contrato, dicho profesional tiene que aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o de atención inmediata, los profesionales de la salud sin contrato pueden negarse a brindarle atención médica. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba por parte de profesionales de la salud sin contrato.

1 SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información proporcionada sobre los beneficios es un resumen de lo que incluimos y lo que usted paga. No se indican todos los servicios que incluimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura". También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web getbluetx.com/mapd.

Tiene opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de arancel por cada servicio). Original Medicare lo administra directamente el Gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante la inscripción en un plan de salud de Medicare (como **Blue Cross Medicare Advantage Health Choice [PPO]**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

En este documento de Resumen de Beneficios, se le brinda un resumen de lo que incluye **Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los documentos de Resumen de Beneficios de los otros planes o use el Localizador de Planes de Medicare en https://es.medicare.gov/.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual **"Medicare y Usted"**. Véalo en línea en https://es.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 documento

- Lo que debe saber sobre **Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO).**
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios incluidos.
- Beneficios médicos y hospitalarios incluidos.
- Beneficios de medicamentos con receta.

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

Este documento puede estar disponible en un idioma distinto del español. Para obtener más información, llámenos al 1-877-774-8592 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)

Horario de atención e información de contacto

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana.
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
- Si es un asegurado de este plan, llámenos al 1-877-774-8592 (TTY: 711).
- Si no es un asegurado de este plan, llámenos al 1-877-213-1817 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: getbluetx.com/mapd.

¿Quién puede registrarse?

Para inscribirse en **Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Anderson, Andrews, Aransas, Archer, Armstrong, Austin, Bailey, Baylor, Bee, Bell, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Bowie, Brazoria, Brazos, Brewster, Briscoe, Brooks, Burleson, Calhoun, Cameron, Camp, Carson, Cass, Castro, Cherokee, Childress, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collin, Concho, Coryell, Crane, Crosby, Culberson, Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, Ector, Edwards, El Paso, Ellis, Erath, Falls, Fisher, Floyd, Foard, Fort Bend, Franklin, Freestone, Frio, Gaines, Galveston, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Grayson, Gregg, Grimes, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hardeman, Harris, Harrison, Hartley, Haskell, Henderson, Hidalgo, Hockley, Hopkins, Houston, Howard, Hudspeth, Hunt, Hutchinson, Irion, Jack, Jackson, Jeff Davis, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Kenedy, Kent, Kimble, King, Kinney, Kleberg, Knox, La Salle, Lamar, Lamb, Lavaca, Leon, Liberty, Limestone, Live Oak, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Marion, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McLennan, Menard, Midland, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Moore, Morris, Motley, Nacogdoches, Nueces, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Pecos, Polk, Potter, Presidio, Rains, Randall, Reagan, Red River, Reeves, Refugio, Roberts, Robertson, Runnels, Rusk, San Augustine, San Jacinto, San Patricio, San Saba, Schleicher, Shackelford, Shelby, Sherman, Smith, Somervell, Starr, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Upshur, Upton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Washington, Webb, Wheeler, Willacy, Williamson, Winkler, Wise, Wood, Yoakum, Young, Zapata y Zavala.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar estos servicios.

En general, debe usar las farmacias de la red para surtir las recetas médicas de los medicamentos incluidos en la Parte D.

Puede consultar el *Provider Finder* de nuestro plan y el *Directorio de Farmacias* en nuestro sitio web (getbluetx.com/mapd).

O bien llámenos al 1-877-774-8592 (TTY: 711) y le enviaremos una copia del *Directorio de Proveedores* y del *Directorio de Farmacias*.

¿Qué incluimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que incluye Original Medicare y más. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este documento.

Incluimos medicamentos de la Parte D. Además, incluimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por el profesional de la salud.

- Puede consultar la *Lista de medicamentos* completa del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web getbluetx.com/mapd.
- O bien llámenos al 1-877-774-8592 (TTY: 711) y le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos*.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

En nuestro plan, se agrupa cada medicamento en uno de los cinco “niveles”. Deberá usar la Lista de medicamentos para ubicar en qué nivel está el medicamento y, así, determinar cuánto le costará. El monto que abone depende del nivel del medicamento y de qué etapa del beneficio usted ha alcanzado. Luego en este documento, se analizan las etapas de los beneficios que se presentan: deducible, cobertura inicial y cobertura para casos catastróficos.

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

2 SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS INCLUIDOS	
Prima mensual del plan	Usted paga $0 al mes. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B (si corresponde)	Este plan no cuenta con reducción de la prima de la Parte B.
Deducible	**Dentro de la red:** $0 **Fuera de la red:** $750
Responsabilidad máxima de su bolsillo	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. Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar las primas mensuales y los gastos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • $7,900 para servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red. • $14,000 para servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. • $14,000 para servicios que recibe de proveedores que forman y que no forman parte de la red.
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INCLUIDOS	
Hospital para pacientes internados	**Dentro de la red:** Días 1 al 6: $390 de copago por día. Días 7 al 90: $0 de copago por día. $0 de copago por día a partir del día 91. **Fuera de la red:** $500 de copago por día.

Hospital para pacientes no hospitalizados	**Dentro de la red:** $395 de copago. **Fuera de la red:** $400 de copago.
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados	**Dentro de la red:** $350 de copago. **Fuera de la red:** $350 de copago.
Visitas al consultorio del médico	**Dentro de la red:** Consulta con el médico de atención primaria: $0 de copago. Consulta con un especialista: $40 de copago. **Fuera de la red:** Consulta con el médico de atención primaria: $30 de copago. Consulta con un especialista: $75 de copago.
Atención médica preventiva ***(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)***	**Dentro de la red:** $0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos. **Fuera de la red:** $0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos. Hay otros servicios de prevención disponibles. Hay algunos servicios incluidos que tienen un costo. Consulte la EOC para obtener más información. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas** Nuestro plan incluye la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.
Atención médica de emergencia	$110 de copago por consulta. Cobertura de emergencia en el extranjero: $110 de copago. El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma afección. Consulte la sección “Hospital para pacientes internados” de este documento a fin de conocer otros costos.

Servicios requeridos urgentemente	$45 de copago por consulta. Cobertura de urgencia en el extranjero: $110 de copago.
Servicios de diagnóstico/exámenes de laboratorio/diagnóstico por imágenes	**<u>Dentro de la red:</u>** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: de $0 a $100 de copago. Servicios de laboratorio: de $0 a $50 de copago. Servicios de radiología diagnóstica (como MRI, CT): de $0 a $300 de copago. Radiografías: de $0 a $100 de copago. Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): 20% del costo total. **<u>Fuera de la red:</u>** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: de $0 a $200 de copago. Servicios de laboratorio: de $30 a $200 de copago. Servicios de radiología diagnóstica (como MRI, CT): de $0 a $400 de copago. Radiografías: de $30 a $200 de copago. Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): 50% del costo total.
Servicios para la audición	**<u>Dentro de la red:</u>** Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: $40 de copago. Examen de audición de rutina (1 por año): $0 de copago. Ajuste y evaluación de audífonos: $0 de copago. En la compra, se incluyen consultas ilimitadas a proveedores para la prueba y los ajustes en un período de 12 meses a partir de la fecha de compra de los audífonos. Audífonos: El beneficio se limita a los audífonos de la marca TruHearing. $699 de copago por los audífonos Advanced o $999 de copago por los audífonos Premium (1 por oído por año). **<u>Fuera de la red:</u>** Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: $75 de copago.

Servicios dentales	**<u>Dentro de la red:</u>** Cobertura de Medicare: $35 de copago. **<u>Fuera de la red:</u>** Cobertura de Medicare: $75 de copago. **<u>Dentro y fuera de la red:</u>** Servicios dentales preventivos: • Examen bucal (2 por año): $0 de copago. • Limpieza (2 por año): $0 de copago. • Radiografía dental (1 por año): $0 de copago. Servicios dentales integrales: • Cobertura anual máxima de $1,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios para la vista	**<u>Dentro de la red:</u>** **<u>Cobertura de Medicare:</u>** • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): $0 de copago por examen de la vista; $0 de copago por un examen de la vista realizado por un especialista. • Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: $0 de copago. **<u>Examen de la vista de rutina:</u>** • Examen de la vista de rutina (1 cada año): $0 de copago. • Monto máximo de asignación para elementos para la vista (anual): $0 de copago. • $100 de asignación anual máxima para elementos para la vista (entre los elementos para la vista se incluyen armazones, lentes y lentes de contacto). **<u>Fuera de la red:</u>** **<u>Cobertura de Medicare:</u>** • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): $75 de copago por examen de la vista; $75 de copago por un examen de la vista realizado por un especialista.

	• Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: $75 de copago. **Examen de la vista de rutina:** • $40 de asignación anual máximo para 1 examen de la vista de rutina. • Monto máximo de asignación para elementos para la vista (anual): $0 de copago. • $100 de asignación anual máxima para elementos para la vista (entre los elementos para la vista se incluyen armazones, lentes y lentes de contacto).
Servicios de salud mental	**Dentro de la red:** Nuestro plan incluye hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general. Los copagos para los beneficios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por servicios de hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Servicios de salud mental para pacientes internados: Días 1 al 6: $290 de copago por día. Días 7 al 90: $0 de copago por día. Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: $40 de copago. Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: $40 de copago. **Fuera de la red:** Servicios de salud mental para pacientes internados: $500 de copago por día. Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: $50 de copago. Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: $50 de copago.
Centro de enfermería especializada (SNF)	**Dentro de la red:** Días 1-20: $0 de copago por día. Días 21 al 59: $214 de copago por día.

	Días 60 al 100: $0 de copago por día. **Fuera de la red:** $250 de copago por día.
Fisioterapia	**Dentro de la red:** $40 de copago. **Fuera de la red:** $75 de copago.
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	**Dentro de la red:** Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas): $30 de copago. Consulta de terapia ocupacional: $35 de copago. **Fuera de la red:** Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas): $75 de copago. Consulta de terapia ocupacional: $75 de copago.
Ambulancia	Ambulancia terrestre: $275 de copago por cada viaje de ida. Ambulancia aérea: 20% del costo total por cada viaje de ida.
Transporte	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	**Dentro de la red:** Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. Para medicamentos de insulina de la Parte B: 20% del costo total con un monto máximo de $35 de copago mensual. **Fuera de la red:** Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 50% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 50% del costo total. Para medicamentos de insulina de la Parte B: 50% del costo total con un monto máximo de $35 de copago mensual.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible	Deducible de medicamentos con receta: $590 para los niveles 3, 4 y 5. Una vez que haya pagado $590 por los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted abandona la etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de cobertura para medicamentos, que corresponde a la etapa de Cobertura Inicial. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina** No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina incluido por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra, incluso si todavía no ha pagado su deducible.

Cobertura inicial	Usted paga lo que se indica a continuación hasta que los costos anuales de gastos de bolsillo en medicamentos alcancen los $2,000.

Gastos compartidos estándar en locales comerciales		
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de tres meses**
Nivel 1 (genéricos preferidos)	$18 de copago	$54 de copago
Nivel 2 (genéricos)	$20 de copago	$60 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	$47 de copago	$141 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25% de coseguro	No aplicable

Gastos compartidos preferidos en locales comerciales		
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de tres meses**
Nivel 1 (genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 (genéricos)	$10 de copago	$30 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	$47 de copago	$141 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25% de coseguro	No aplicable

Entrega a domicilio estándar		
Nivel	**Suministro de un mes**	**Suministro de tres meses**
Nivel 1 (genéricos preferidos)	$18 de copago	$36 de copago
Nivel 2 (genéricos)	$20 de copago	$40 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	$47 de copago	$94 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25% de coseguro	No aplicable

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">Entrega a domicilio preferida</th></tr>
<tr><th>Nivel</th><th>Suministro de un mes</th><th>Suministro de tres meses</th></tr>
<tr><td>Nivel 1 (genéricos preferidos)</td><td>$0 de copago</td><td>$0 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 2 (genéricos)</td><td>$10 de copago</td><td>$20 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 3 (de marca preferidos)</td><td>$47 de copago</td><td>$94 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 (medicamentos no preferidos)</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td></tr>
<tr><td>Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)</td><td>25% de coseguro</td><td>No aplicable</td></tr>
</table>
Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar. Incluimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas.

Llámenos o consulte la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (getbluetx.com/mapd) para obtener información completa sobre los costos de medicamentos incluidos.
</td></tr>
<tr><td>Cobertura para casos catastróficos</td><td>Después de que los costos anuales de bolsillo de los medicamentos alcancen los $2,000, no pagará nada por los medicamentos incluidos en la Parte D.</td></tr>
</table>

Beneficios adicionales para los asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)SM
Acupuntura para dolor lumbar crónico	**Dentro de la red:** • $40 de copago. **Fuera de la red:** • $75 de copago.
Atención quiropráctica	**Manipulación de la columna para corregir una subluxación incluida por Medicare** (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición) **Dentro de la red:** • $15 de copago. **Fuera de la red:** • $75 de copago.
Suministros y servicios para la diabetes - Suministros para el monitoreo de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado o plantillas ortopédicos	**Dentro de la red:** **Suministros para el monitoreo de la diabetes** • 0% o 20% del costo total. **Capacitación para el autocontrol de la diabetes** • $0 de copago. **Calzado o plantillas ortopédicos** • 20% del costo total. **Fuera de la red:** **Suministros para el monitoreo de la diabetes** • 20% del costo total. **Capacitación para el autocontrol de la diabetes** • $0 de copago. **Calzado o plantillas ortopédicos** • 20% del costo total.

Beneficios adicionales para los asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)SM
Equipo médico duradero *(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	**Dentro de la red:** • 20% del costo total. **Fuera de la red:** • 20% del costo total.
Programas de bienestar	$0 de copago para el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®†. SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Se incluye un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en los centros participantes[1]. [1] Usted tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases. † SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc.© 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.
Tarjeta de gastos flexibles	Beneficio anual de $1,000. La tarjeta de gastos flexibles es una tarjeta de débito precargada que se puede usar para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo por los servicios de los profesionales de la salud en servicios dentales, para la vista y para la audición.
Cuidado de los pies *(servicios de podiatría)*	**Exámenes y tratamiento de los pies incluidos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones** **Dentro de la red:** • $40 de copago. **Fuera de la red:** • $75 de copago.
Atención médica en el hogar	**Dentro de la red:** • $0 de copago. **Fuera de la red:** • 50% del costo total.

Beneficios adicionales para los asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)SM
Servicios del programa de tratamiento de opioides	**Dentro de la red:** • $50 de copago. **Fuera de la red:** • $75 de copago.
Servicios para pacientes no hospitalizados por abuso de sustancias	**Dentro de la red:** **Consulta de terapia grupal** • $75 de copago. **Consulta de terapia individual** • $75 de copago. **Fuera de la red:** **Consulta de terapia grupal** • $100 de copago. **Consulta de terapia individual** • $100 de copago.
Artículos de venta libre	Sin cobertura.
Dispositivos protésicos *(soportes, extremidades artificiales, etc.)*	**Dentro de la red:** **Dispositivos protésicos** • 20% del costo total. **Suministros médicos relacionados** • 20% del costo total. **Fuera de la red:** **Dispositivos protésicos** • 20% del costo total. **Suministros médicos relacionados** • 20% del costo total.

Beneficios adicionales para los asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Health Choice (PPO)SM
Comidas	Sin cobertura.
Diálisis renal	**Dentro de la red:** • 20% del costo total. **Fuera de la red:** • 50% del costo total.
Servicios de telemedicina	• $0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive.
Centro de cuidados paliativos	No paga nada por cuidados paliativos proporcionados por un centro de cuidados paliativos 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 de cuidados paliativos está incluido fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-774-8592 (TTY: 711). Someone who speaks Spanish/Language can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-774-8592 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Blue Cross Medicare Advantage Health Choice es un plan PPO local con un contrato con Medicare. La inscripción en **Blue Cross Medicare Advantage Health Choice** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

La Lista de medicamentos, la red de farmacias o la red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los profesionales de la salud no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener una decisión sobre si incluiremos un servicio que no forma parte de la red, los alentamos a usted o a su proveedor a que nos pidan una determinación de organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte la “Evidencia de Cobertura” para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.

GHS Insurance Company ofrece la cobertura médica.

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 ni 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 ni 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 el inglés (English), 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 considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad mediante la siguiente información de contacto: 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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, por correo o por teléfono al:

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)

Los formularios de quejas están disponibles en

https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.

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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/ TDD: 711)。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1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711)。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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phi.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

جدول أو بالصحة تتعلق أسئلة أي عن للإجابة المجانية الفوري المترجم خدمات نقدم إإننا العربية يتحدث شخصما سيقوم -1-877-774-8592 (TTY/ للحصول .لدينا الأدوية :Arabic 711). .بمساعدتك هذه خدمة على مجانية فوري، مترجم على بنا الاتصال سوى ليسعليك :TDD

Hindi: हमारेस्वास्थ्य या दवा की योजना केबारेमेंआपकेकिसी भी प्रश्न केजवाब देनेकेलिए हमारेपास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँउपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करनेकेलिए, बस हमें 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता हैआपकी 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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ございます。通訳をご用 命になるには、1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). 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。

BlueCross BlueShield of Texas

Los profesionales de la salud 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 la 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 1-877-774-8592 (TTY: 711) para obtener más información.

Los planes PPO proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Texas se refieren 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 licenciatarias 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.

La prima de la póliza, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según la categoría de Beneficio Adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

GRACIAS

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-877-774-8592, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: getbluetx.com/mapd