



BlueCross BlueShield
of Texas

Resumen de Beneficios del 2025

Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM

Del 1 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_5715021SB25SPA_M

762958.0724

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 1-888-285-2249 (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 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/pdp o 1-888-285-2249 (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

- Además de su prima mensual del plan, 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 de enero de 2026.

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/pdp.

Tiene opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener cobertura para medicamentos con receta a través de un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, como **Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)**.
- Otra opción es obtener la cobertura para medicamentos con receta a través de un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO) u otro seguro de gastos médicos de Medicare que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Obtendrá toda la cobertura de la Parte A y la Parte B, y la cobertura para medicamentos con receta (Parte D), a través de estos planes.

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 MedicareRx Choice (PDP)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros Planes de Medicamentos con Receta, 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 MedicareRx Choice (PDP)**.
- 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 1-888-285-2249 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)

Horario de atención e información de contacto

- Del 1 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 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 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 1-888-285-2249 (TTY: 711).
- Si no es un asegurado de este plan, llámenos al 1-877-213-1817 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: getbluetx.com/pdp.

¿Quién puede registrarse?

Para inscribirse en **Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)**, debe tener derecho a la Parte A o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

¿Qué farmacias puedo usar?

Tenemos una red de farmacias y, en general, tiene que usar dichas farmacias para surtir las recetas médicas de los medicamentos incluidos en la Parte D.

Algunas de las farmacias de nuestra red tienen gastos compartidos preferidos. Puede pagar menos si usa estas farmacias.

Puede consultar el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan en getbluetx.com/pdp.

O bien llámenos al 1-888-285-2249 (TTY: 711) y le enviaremos una copia del *Directorio de Farmacias*.

¿Qué medicamentos están incluidos?

Incluimos medicamentos de la Parte D.

- 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/pdp.
- O bien llámenos al 1-888-285-2249 (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 MedicareRx Choice (PDP)

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

Prima mensual del plan	Usted paga \$60.60 al mes. Además, usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
-------------------------------	---

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)	\$15 de copago	\$45 de copago
Nivel 2 (genéricos)	\$20 de copago	\$60 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	17% de coseguro	17% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	40% de coseguro	40% 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)	\$6 de copago	\$18 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	17% de coseguro	17% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	39% de coseguro	39% 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)	\$15 de copago	\$45 de copago
Nivel 2 (genéricos)	\$20 de copago	\$60 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	17% de coseguro	17% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	40% de coseguro	40% de coseguro
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25% de coseguro	No aplicable

Entrega a domicilio preferida		
Nivel	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genéricos)	\$6 de copago	\$18 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	17% de coseguro	17% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	39% de coseguro	39% de coseguro
Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados)	25% de coseguro	No aplicable

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/pdp) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos incluidos.

Cobertura para casos catastróficos	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.
---	--

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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Blue Cross MedicareRx Choice es un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Blue Cross MedicareRx 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 de enero de cada año.

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

La Lista de Medicamentos o la red de farmacias podrían cambiar en cualquier momento.

HCSC Insurance Services Company ofrece la cobertura médica.



**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 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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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1-888-285-2249 (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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 إيننا العربية يتحدث شخصا سيقوم -1-888-285-2249 (TTY/) TDD: على بنا الاتصال سوى ليسعليك فوري، مترجم على مجانية خدمة هذه بمساعدتك. (Arabic 711): للحصول لدينا الأدوية

Hindi: हमारेस्वास्थ्य या दवा की योजना केबारेमेंआपकेकिसी भी प्रश्न केजवाब देनेकेलिए हमारेपास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँउपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करनेकेलिए, बस हमें 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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 1-888-285-2249 (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。通訳をご用命になるには、1-888-285-2249 (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**

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

Los planes de medicamentos con receta son proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes de HCSC 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: 1-888-285-2249, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: [getbluetx.com/pdp](https://www.getbluetx.com/pdp)