



BlueCross BlueShield
of Texas

Resumen de Beneficios del 2025

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)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_9706002SB25SPA_M

757040.0724

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 1-877-895-6437 (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/dsnp o 1-877-895-6437 (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.
- 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.º de enero de 2026.
- Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no incluimos los servicios proporcionados por un proveedor que no forma parte de la red (médicos que no aparecen en el *Provider Finder*).

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/dsnp.

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 el ingreso en un seguro de gastos médicos de Medicare (como **Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus [HMO DSNP]**).

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 Dual Care Plus (HMO DSNP)** 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 Dual Care Plus (HMO DSNP)**.
- 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 1-877-895-6437 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)

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 1-877-895-6437 (TTY: 711).
- Si no es un asegurado de este plan, llámenos al 1-877-213-1817 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: getbluetx.com/dsnp.

¿Quién puede registrarse?

Para inscribirse en **Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio y recibir cualquier nivel de asistencia de Medicaid de Texas. Si recibe beneficios tanto de Medicare como de Medicaid, esto significa que usted es un beneficiario con doble elegibilidad. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Anderson, Andrews, Archer, Armstrong, Atascosa, Austin, Bailey, Bandera, Bastrop, Baylor, Bee, Bell, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Bowie, Brazoria, Brazos, Brewster, Briscoe, Brooks, Burlison, Burnet, Caldwell, Cameron, Camp, Carson, Cass, Castro, Chambers, Cherokee, Childress, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Concho, Cooke, Coryell, Crane, Crosby, Culberson, Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Ellis, Erath, Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Floyd, Foard, Fort Bend, Franklin, Freestone, Frio, Gaines, Galveston, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hardeman, Hardin, Harris, Harrison, Hartley, Haskell, Hays, Henderson, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hopkins, Houston, Howard, Hudspeth, Hutchinson, Irion, Jack, Jackson, Jeff Davis, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Johnson, Karnes, Kaufman, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, King, Kinney, Kleberg, Knox, La Salle, Lamar, Lamb, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Liberty, Limestone, Live Oak, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Marion, Martin, Mason, Matagorda, McCulloch, McLennan, McMullen, Medina, Menard, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Moore, Morris, Motley, Nacogdoches, Navarro, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Pecos, Polk, Potter, Presidio, Rains, Randall, Reagan, Real, Red River, Reeves, Refugio, Roberts, Robertson, Rockwall, Runnels, Rusk, San Augustine, San Jacinto, San Saba, Schleicher, Shackelford, Shelby, Sherman, Smith, Somervell, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Upshur, Upton, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Winkler, Wise, Wood, Yoakum, Young, Zapata y Zavala.

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) puede inscribir a personas con doble elegibilidad que sean beneficiarios de [SLMB](#), [SLMB Plus](#), [QMB](#), [QMB Plus](#), [FBDE](#), [QI](#) y [QDWI](#).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) 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* y el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web (getbluetx.com/dsnp).

O bien llámenos al 1-877-895-6437 (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 ver la *Lista de Medicamentos* completa del plan (Lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web getbluetx.com/dsnp.
- O bien llámenos al 1-877-895-6437 (TTY: 711) y le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos*.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

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: 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 Dual Care Plus (HMO DSNP)

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

Prima mensual del plan	Usted paga de \$0 a \$10.80 por mes. Además, usted 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	\$0
Responsabilidad máxima de su bolsillo	<p>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.</p> <p>Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar las primas mensuales y los gastos compartidos para 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"> • \$9,350 para servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INCLUIDOS

Hospital para pacientes internados	<p>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.</p> <p>Durante el 2024, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,632 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día del día 1 al 60; \$0 o \$408 de copago por día del día 61 al 90. • \$0 o \$816 de copago por día por cada período de beneficios (por un máximo de 60 días de por vida). <p>Estos montos pueden cambiar para el 2025.</p>
---	--

	<p>Nuestro plan incluye 90 días para una estadía en un hospital como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan también incluye 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que incluimos. Si su estadía en un hospital supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.</p>
Hospital para pacientes no hospitalizados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>0% o 20% del costo total.</p>
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>0% o 20% del costo total.</p>
Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: 0% o 20% del costo total.</p> <p>Consulta con un especialista: 0% o 20% del costo total.</p>
Atención médica preventiva <i>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</i>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos.</p> <p>Hay otros servicios de prevención disponibles. Hay algunos servicios incluidos que tienen un costo. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <p>Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas</p> <p>En nuestro plan, se incluye la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.</p>
Atención médica de emergencia	<p>0% o 20% del costo total hasta un máximo de \$110 por consulta.</p> <p>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.</p>
Servicios requeridos urgentemente	<p>0% o 20% del costo total hasta un máximo de \$45 por consulta.</p>

<p>Servicios de diagnóstico/ exámenes de laboratorio/diagnóstico por imágenes</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 0% del costo total.</p> <p>Servicios de laboratorio: 0% del costo total.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica (como MRI, CT): 0% o 20% del costo total.</p> <p>Radiografías: 0% o 20% del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): 0% o 20% del costo total.</p>
<p>Servicios para la audición</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: 0% o 20% del costo total.</p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago.</p> <p>Ajuste y evaluación de audífonos: \$0 de copago.</p> <p>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.</p> <p>Audífonos: El beneficio se limita a los audífonos de la marca TruHearing. \$0 de copago (1 por oído al año).</p> <p>Un monto de cobertura máxima del plan de \$2,000 para audífonos (ambos oídos combinados) adquiridos dentro de la red cada año.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura de Medicare: 0% o 20% del costo total.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (2 por año): \$0 de copago. • Limpieza (2 por año): \$0 de copago. • Radiografía dental (1 por año): \$0 de copago. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura anual máxima de \$4,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.

<p>Servicios para la vista</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Cobertura de Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): 0% o 20% del costo total. • Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: 0% o 20% del costo total. <p><u>Examen de la vista de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • \$200 de asignación anual máxima para elementos para la vista (entre los elementos para la vista se incluyen armazones, lentes y lentes de contacto).
<p>Servicios de salud mental</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Durante el 2024, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,632 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día del día 1 al 60; \$0 o \$408 de copago por día del día 61 al 90. • \$0 o \$816 de copago por día por cada período de beneficios (por un máximo de 60 días de por vida). <p>Estos montos pueden cambiar para el 2025.</p>

	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: 0% o 20% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: 0% o 20% del costo total.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>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.</p> <p>Durante el 2024, los montos por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día del día 1 al 20; \$204 de copago por día del día 21 al 100. <p>Estos montos pueden cambiar para el 2025.</p> <p>Nuestro plan incluye hasta 100 días en un SNF.</p>
Fisioterapia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>0% o 20% del costo total.</p>
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas): 0% o 20% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: 0% o 20% del costo total.</p>
Ambulancia	<p>Ambulancia terrestre: 0% o 20% del costo total por cada viaje de ida.</p> <p>Ambulancia aérea: 0% o 20% del costo total por cada viaje de ida.</p>
Transporte	<p>\$0 de copago.</p> <p>24 viajes de ida al año a lugares aprobados por el plan.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 20% del costo total.</p> <p>Para otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total.</p> <p>Para medicamentos de insulina de la Parte B: 20% del costo total con un monto máximo de \$35 de copago mensual.</p>

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Deducible	<p>Si recibe Beneficio Adicional, no tiene un deducible de medicamentos con receta. Si no recibe Beneficio Adicional, su deducible es de \$590 por año para los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina Si no recibe Beneficio Adicional, 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 encuentre, incluso si todavía no ha pagado su deducible.</p>
Cobertura inicial	<p>Si recibe Beneficio Adicional, usted paga lo siguiente por los medicamentos incluidos en la Parte D, según sus ingresos y su situación institucional:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 de copago; \$1.60 de copago o \$4.90 de copago. <p>Otros medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 de copago; \$4.80 de copago o \$12.15 de copago. <p>Si no recibe Beneficio Adicional, usted paga un 25% de coseguro por todos los medicamentos incluidos en la Parte D hasta que los costos anuales de bolsillo de los medicamentos alcancen los \$2,000 y, en ese momento, saldrá de la etapa de cobertura inicial y entrará en la etapa de cobertura para casos catastróficos.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.</p> <p>Incluimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas.</p>
Cobertura para casos catastróficos	<p>Según sus ingresos y su situación institucional, 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.</p>

Beneficios adicionales para los asegurados

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM

<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Atención quiropráctica</p>	<p>Manipulación de la columna para corregir una subluxación incluida por Medicare (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Suministros y servicios para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministros para el monitoreo de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado o plantillas ortopédicos 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Suministros para el monitoreo de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total. <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago. <p>Calzado o plantillas ortopédicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Programas de bienestar</p>	<p>\$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 participantes¹.</p> <p>¹ Usted tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases.</p>

**Beneficios
adicionales para
los asegurados**

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM

	<p>† SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>
Tarjeta de gastos flexibles	<p>\$1,000 de beneficio anual para servicios dentales, para la vista y para la audición: 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.</p> <p>\$250/cada trimestre para artículos de venta libre (OTC)¹: La tarjeta de gastos flexibles es una tarjeta de débito precargada que incluye un beneficio trimestral independiente para adquirir artículos relacionados con la salud y el bienestar de venta libre aprobados en los locales comerciales participantes o para entregas a domicilio a través de nuestro catálogo de artículos OTC.</p> <p>¹Asegurados aprobados para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, en inglés): los asegurados elegibles tienen acceso a consejería dietética y nutricional a través de nuestro proveedor de beneficios suplementarios. Además, los asegurados pueden usar hasta \$100 por trimestre en comestibles que correspondan al beneficio de artículos OTC.</p> <p>Todos los fondos caducan al final del año del plan o cuando abandona el plan. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	<p>Exámenes y tratamiento de los pies incluidos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
Atención médica en el hogar	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% del costo total.

Beneficios adicionales para los asegurados

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM

<p>Servicios para pacientes no hospitalizados por abuso de sustancias</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total. <p>Consulta de terapia individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>\$250 de asignación trimestral en una tarjeta de débito precargada que se puede utilizar para adquirir artículos relacionados con la salud y el bienestar de venta libre (OTC, en inglés) aprobados en locales comerciales participantes o para entregas a domicilio a través de nuestro catálogo de artículos OTC. Los montos de asignación trimestrales que no se utilicen se transfieren al trimestre siguiente. Todos los fondos caducan al final del año del plan o cuando abandona el plan.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
<p>Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Dispositivos protésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total. <p>Suministros médicos relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
<p>Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI)</p>	<p>\$0 de copago para asistencia nutricional y dietética.</p> <p>\$100 por cada trimestre como beneficio para comestibles.</p> <p>El plan determinará su elegibilidad para este beneficio. Se identificará a los asegurados que sean elegibles y se les informará sobre su elegibilidad. Los asegurados elegibles que tienen afecciones crónicas aprobadas, como trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes y derrame cerebral, tendrán acceso a consejería dietética y nutricional a través de nuestro proveedor de beneficios suplementarios, además de la posibilidad de usar hasta \$100 por trimestre en comestibles correspondientes al beneficio de artículos OTC.</p> <p>Consulte los beneficios de la tarjeta de gastos flexibles para obtener más información.</p> <p>Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Para ser elegible para recibir los SSBCI, usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes y derrame cerebral.</p>

Beneficios adicionales para los asegurados **Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM**

	Tenga en cuenta que, incluso si tiene una o más de las afecciones crónicas mencionadas, no se le garantiza el acceso a los SSBCI, ya que también se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura. Comuníquese con nosotros para confirmar su elegibilidad para este beneficio.
Comidas	Los asegurados elegibles recibirán 2 comidas al día durante 28 días. Ocurrencias ilimitadas anualmente después de una internación.
Diálisis renal	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total.
Servicios de telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> • \$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.

BENEFICIOS DE MEDICAID de Texas

ASEGURADOS ELEGIBLES PARA MEDICAID de Texas

Una persona elegible para Medicare y Medicaid que se encuentra inscrita en el plan Blue Cross and Blue Shield of Texas de Medicaid, se puede inscribir en el plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) a fin de obtener los servicios de Medicare.

Los beneficios que se describen a continuación están incluidos por Medicaid. Los beneficios que se describen en la sección Beneficios médicos y hospitalarios incluidos del Resumen de Beneficios están incluidos por Medicare. Para cada uno de los beneficios enumerados a continuación, puede ver lo que incluye la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid) y lo que incluye este plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP). Lo que usted paga por los servicios incluidos puede depender de su categoría de elegibilidad de Medicaid.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS COMPARTIDOS Y COPAGOS

En el plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP), el asegurado recibe ayuda para gastos compartidos de Medicare a través del programa Medicaid estatal. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su categoría de elegibilidad de Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) incluirá los beneficios descritos en la sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Incluidos del Resumen de Beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-877-895-6437 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las categorías de elegibilidad para Medicaid y el monto de gastos compartidos del asegurado se indican a continuación.

SI ES UN BENEFICIARIO ELEGIBLE DE MEDICARE (QMB)

Tiene derecho al pago de las primas de la póliza de Medicare, así como de los montos de deducible y de coseguro en los servicios incluidos por Medicare. Para ser elegible, ya debe tener cobertura de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario); de lo contrario, debe ser elegible con ciertas condiciones. Medicaid pagará sus primas de la póliza de Medicare, sus deducibles y cargos de coseguro únicamente por los servicios incluidos por Medicare.

SI ES UN BENEFICIARIO ESPECIFICADO DE BAJOS RECURSOS DE MEDICARE (SLMB)/PERSONA ELEGIBLE (Q11)

Usted tiene derecho al pago de las primas de la póliza de la Parte B de Medicare. En el caso de los beneficiarios especificado de bajos recursos de Medicare (SLMB, en inglés), los ingresos deben ser inferiores al 120% de lo que se indica en las Guías del Índice Federal de Pobreza; en el caso de las personas elegibles (Q11, en inglés), los ingresos tienen que fluctuar entre el 120% y el 135% de lo que se indica en las Guías del Índice Federal de Pobreza. Tiene que estar inscrito en la Parte A de Medicare. Medicaid no paga la prima de la póliza de la Parte A de Medicare. Debido a que el pago de la prima de la póliza de la Parte B de Medicare es el único beneficio, no se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

SI ES UN EMPLEADO DISCAPACITADO ELEGIBLE (QWDI)

En el caso de un empleado discapacitado elegible (QWDI, en inglés), la cobertura de Medicaid se limita al pago de la prima de la póliza de la Parte A de Medicare. No se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura se limita a la acupuntura incluida por Medicare para el dolor lumbar crónico.
Ambulancia	<p>Servicios de ambulancia de necesidad médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Atención quiropráctica	<p>El tratamiento quiropráctico de manipulación (CMT, en inglés) realizado por un quiropráctico con licencia de la Junta Estatal de Examinadores de Quiropráctica de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Servicios dentales	<p>En el caso de las personas que tienen 20 años o menos, o que tienen 21 años o más, en un ICF-MR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los Asegurados que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Suministros y servicios para la diabetes	Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y exámenes de detección: <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías (los costos de estos servicios pueden variar si se reciben en un centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)*	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Visitas al consultorio del médico	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Incluye silla de ruedas, oxígeno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Atención médica de emergencia	Cualquier visita a la sala de emergencias, si el asegurado considera razonablemente que necesita atención médica de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Servicios para la audición	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Atención médica en el hogar	Incluye atención intermitente de enfermería especializada de necesidad médica, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de enfermería privada y servicios de atención personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Para asegurados desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Servicios para pacientes no hospitalizados por abuso de sustancias	<p>Evaluación, tratamiento ambulatorio/desintoxicación y tratamiento de medicación asistida (MAT, en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Cirugía para pacientes no hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por algunos servicios de cirugía si no están incluidos por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Artículos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)	<p>Incluye dispositivos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para asegurados desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Medicaid paga por prótesis mamarias para las aseguradas de todas las edades si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Diálisis renal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Transporte	<p>Rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Programa de Transporte Médico de Medicaid (MTP, en inglés) brinda el servicio de transportación que no es de emergencia si no está incluido por Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Servicios requeridos urgentemente	Esta NO es atención médica de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Servicios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid <p>Nota: Los servicios que presta un oculista se limitan a la adaptación y dispensación de anteojos o lentes de contacto de necesidad médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Atención médica preventiva	Pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas (para mujeres) Mamografías (examen de detección anual) Exámenes de detección del cáncer de próstata Exámenes de detección del cáncer colorrectal (para personas mayores de 50 años) Inmunizaciones <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid Determinación de la masa ósea (para personas que están en riesgo): <ul style="list-style-type: none"> • La densitometría ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
	<ul style="list-style-type: none"> • Para los Asegurados que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	
Centro de cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid paga por este servicio para ciertos asegurados con exención si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid <p>Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos para todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos para servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<ul style="list-style-type: none"> • Las estadías en un hospital para pacientes internados son un beneficio incluido. Medicaid paga el coseguro, los copagos y el deducible para los servicios incluidos de Medicare. <p>Los asegurados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura.

	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025	RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICARE Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Beneficio	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Programa Medicaid)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO DSNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios más arriba)
Servicios de salud mental para pacientes internados	<ul style="list-style-type: none"> Las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes internados son un beneficio incluido para los niños. Las estadías en un hospital para recibir tratamiento psiquiátrico inmediato son un beneficio incluido para los adultos. Medicaid paga el coseguro, los copagos y el deducible para los servicios incluidos de Medicare. Los asegurados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura.
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicaid paga por este servicio si no está incluido por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 de copago para servicios incluidos por Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura.
Beneficios de medicamentos con receta	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago para los medicamentos con receta incluidos por Medicaid que no están incluidos en la Parte D de Medicare <p>Nota: Medicaid no incluirá ningún medicamento incluido en la Parte D de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura.

BENEFICIOS INCLUIDOS POR MEDICAID

Los servicios médicos, de salud conductual y de atención médica a largo plazo están incluidos. Algunas categorías de elegibilidad también pueden incluir servicios dentales, servicios para la vista, servicios de transporte y servicios de recetas médicas. A continuación, se indican los servicios adicionales que puede incluir Medicaid:

- Servicios de prevención
- Consultas preventivas para niños
- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)
- Servicios médicos o quirúrgicos
- Servicios de planificación familiar
- Servicios para el embarazo y la maternidad
- Atención médica prenatal
- Servicios de atención médica inmediata
- Servicios de emergencia
- Beneficios de salud conductual
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios para la vista
- Beneficios dentales
- Beneficios de transporte

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A LARGO PLAZO DE MEDICAID

Los servicios de atención médica a largo plazo están incluidos para los asegurados que cumplen con los criterios del NFLOC. Los servicios de atención médica a largo plazo incluyen atención médica y no médica para personas con discapacidades o enfermedades crónicas. El asegurado debe estar en la modalidad de beneficio comunitario basado en la agencia por 120 días antes de cambiarse a la modalidad de beneficio comunitario autodirigido.

Los siguientes servicios están incluidos para los asegurados que cumplen con los requisitos para la modalidad de beneficio comunitario autodirigido:

- Consultas de apoyo conductual
- Apoyo comunitario personalizado
- Respuesta ante situaciones de emergencia
- Apoyo laboral

BENEFICIO COMUNITARIO BASADO EN LA AGENCIA DE MEDICAID

Los siguientes servicios están incluidos para los asegurados que cumplen con los criterios del nivel de atención para centros de servicios de enfermería (NFLOC, en inglés) y seleccionan la modalidad de beneficio comunitario basado en la agencia (ABCB, en inglés):

- Asistencia médica diurna para adultos
- Hogar de vida asistida
- Consultas de apoyo conductual
- Servicios comunitarios de transición
- Respuesta ante situaciones de emergencia
- Apoyo laboral
- Modificaciones ambientales
- Asistencia médica en el hogar
- Servicios de atención personal
- Enfermería de servicio privado para adultos
- Servicios de relevo
- Servicios especializados de terapia de mantenimiento

BENEFICIO COMUNITARIO AUTODIRIGIDO DE MEDICAID

La modalidad de beneficio comunitario autodirigido (SDCB, en inglés) está compuesta por determinados servicios en el hogar y en la comunidad, los cuales se encuentran disponibles para los asegurados elegibles. La autonomía le permite escoger entre diversas opciones. También le permite controlar la forma en que se proporcionan los servicios. Puede elegir a las personas que proporcionan los servicios.

- Modificaciones ambientales
- Asistencia médica en el hogar
- Servicios domésticos/apoyo directo
- Consejería nutricional
- Enfermería de servicio privado para adultos
- Bienes relacionados
- Servicios de relevo
- Servicios especializados de terapia de mantenimiento
- Terapias especializadas
- Transporte (sin carácter médico)

SI USTED ES UN BENEFICIARIO SLMB, QI1 O QDWI:

Ya que Medicaid no paga su costo compartido y usted no tiene los beneficios completos de Medicaid, su costo compartido es, por lo general, del 20%. Hay algunas excepciones, como los exámenes preventivos y la mayoría de los beneficios complementarios proporcionados por Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus, en las que tendrá un gasto compartido del 0%.

Aviso del plan de Medicaid:

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutual de Reserva Legal (HCSC), una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Aviso del plan de Medicare Advantage:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Anderson, Andrews, Archer, Armstrong, Atascosa, Austin, Bailey, Bandera, Bastrop, Baylor, Bee, Bell, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Bowie, Brazoria, Brazos, Brewster, Briscoe, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Cameron, Camp, Carson, Cass, Castro, Chambers, Cherokee, Childress, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Concho, Cooke, Coryell, Crane, Crosby, Culberson, Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Ellis, Erath, Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Floyd, Foard, Fort Bend, Franklin, Freestone, Frio, Gaines, Galveston, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hardeman, Hardin, Harris, Harrison, Hartley, Haskell, Hays, Henderson, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hopkins, Houston, Howard, Hudspeth, Hutchinson, Irion, Jack, Jackson, Jeff Davis, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Johnson, Karnes, Kaufman, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, King, Kinney, Kleberg, Knox, La Salle, Lamar, Lamb, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Liberty, Limestone, Live Oak, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Marion, Martin, Mason, Matagorda, McCulloch, McLennan, McMullen, Medina, Menard, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Moore, Morris, Motley, Nacogdoches, Navarro, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Pecos, Polk, Potter, Presidio, Rains, Randall, Reagan, Real, Red River, Reeves, Refugio, Roberts, Robertson, Rockwall, Runnels, Rusk, San Augustine, San Jacinto, San Saba, Schleicher, Shackelford, Shelby, Sherman, Smith, Somervell, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Upshur,

Upton, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Winkler, Wise, Wood, Yoakum, Young, Zapata y Zavala.

La cobertura HMO Special Needs es proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a GHS Insurance Services Company (GHSIC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GHSIC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Este plan se encuentra disponible para todas las personas que cuenten con Asistencia Médica proporcionada por el estado y Medicare, y que se encuentren inscritas en el plan de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

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.

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 1-877-895-6437 (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 1-877-583-8129 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus es una cobertura HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus** 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.

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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

TTY/) 1-877-895-6437- تتعلق أسئلة أي عن للإجابة المجانية الفوري المترجم خدمات نقدم إنا العربية يتحدث شخصا سيقوم- 1-877-895-6437
على بنا الاتصال سوى ليسعليك فوري، مترجم على مجانية خدمة هذه. بمساعدتك. (Arabic 711): للحصول. لدينا الأدوية جدول أو بالصحة
:TDD

Hindi: हमारेस्वास्थ्य या दवा की योजना केबारेमेंआपकेकिसी भी प्रश्न केजवाब देनेकेलिए हमारेपास मुफ्त दुभाषिया
सेवाएँउपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करनेकेलिए, बस हमें 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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
1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (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、1-877-895-6437 (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 1-877-895-6437 (TTY: 711) para obtener más información.

La cobertura HMO Special Needs es proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HISC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en el plan de HISC depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutual de Reserva Legal (HCSC), una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Este plan se encuentra disponible para todas las personas que cuenten con Asistencia Médica proporcionada por el estado y Medicare, y que se encuentren inscritas en el plan de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

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: 1-877-895-6437, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: getbluetx.com/dsnp