

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Enlaces rápidos de preguntas frecuentes:

[Solicitar cobertura en Medicare](#)

[Coberturas Medicare Advantage](#)

[La cobertura de UT CARE](#)

[Prestadores de servicios médicos](#)

[Cobertura para medicamentos con receta](#)

[Beneficios complementarios](#)

[Fecha de entrada en vigor de la cobertura y comunicaciones](#)

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Solicitar cobertura en Medicare

P. ¿Qué es Medicare?

R. Medicare es el programa del gobierno federal de atención médica diseñado para personas mayores de 65 años. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses obtienen el derecho de solicitar cobertura de Medicare al trabajar y pagar sus impuestos durante un mínimo de 10 años. En determinadas circunstancias, las personas menores de 65 años pueden cumplir con los requisitos para Medicare. Hay cuatro partes de Medicare relacionadas con servicios específicos:

Parte A: cobertura hospitalaria.

Parte B: cobertura médica.

Parte C: coberturas Medicare Advantage (aseguradoras privadas como Blue Cross and Blue Shield of Texas que tienen contrato con el gobierno para ofrecer cobertura de Medicare a través de una variedad de productos de seguro).

Parte D: cobertura para medicamentos recetados.

P. ¿Necesito solicitar cobertura de Medicare ante el gobierno o solo a través de esta cobertura?

R. Se requiere la solicitud de cobertura de las Partes A y B de Medicare a través del gobierno federal para que los jubilados cumplan los requisitos para cualquier cobertura de Medicare para jubilados, incluida esta cobertura UT CARE™ Medicare PPO. Para tener cobertura completa, debe inscribirse en las Partes A y B de Medicare y continuar pagando la prima de la Parte B. Llame a Servicio al Cliente de UT CARE al 1-877-842-7562 TTY 711 para saber cómo funcionará su cobertura de jubilación con Medicare.

P. Estoy solicitando cobertura en Medicare por primera vez. ¿Cuándo entrará en vigor la cobertura?

R. La cobertura entra en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en que se procesó la solicitud o la fecha de entrada en vigor de las Partes A y B de Medicare, lo que ocurra más tarde. Al solicitar cobertura de UT CARE, deberá proporcionar su número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI, en inglés) de 11 caracteres, que se encuentra en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare junto con la fecha de entrada en vigor. Lo más temprano que una persona, que está por cumplir 65 años, puede inscribirse en las Partes A y B es tres meses antes del mes en que cumplirá los 65 años.

P. Aún no tengo 65 años. ¿Cuándo solicito cobertura de las Partes A y B de Medicare?

R. Tiene un período de inscripción inicial (IEP, en inglés) de 7 meses para inscribirse: los 3 meses anteriores al mes en que cumple 65 años, el mes en que cumple 65 años y los 3 meses posteriores al mes en que cumple 65 años. Le recomendamos encarecidamente que comience el proceso de solicitud de cobertura 3 meses antes de cumplir 65 años para que haya menos probabilidades de interrupciones de la cobertura con su cobertura de UT CARE.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

P. ¿Cómo solicito cobertura de las Partes A y B de Medicare?

R. La solicitud de cobertura se realiza a través de la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés). La mayoría de las personas deben solicitar cobertura en la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) durante el Período de inscripción inicial (IEP, en inglés), y la Administración del Seguro Social le enviará las instrucciones para solicitar cobertura al comienzo del Período de inscripción inicial. Este es el período durante el cual puede solicitar cobertura de Medicare por primera vez. Es un período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y continúa por tres meses más después del mes en que cumple 65 años. Por ejemplo, si nació en junio, su período para solicitar cobertura es del 1.º de marzo al 30 de septiembre.

Si ya recibe beneficios del Seguro Social, se lo asegurará automáticamente en la Parte A de Medicare al comienzo de su período inicial de inscripción. Sin embargo, deberá comunicarse con la Administración del Seguro Social para inscribirse en la Parte B.

Si no recibe instrucciones de la Administración del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) o visite www.ssa.gov para solicitar cobertura de Medicare. Debido a que el proceso de solicitud de cobertura lleva tiempo, si planea jubilarse a los 65 años, le recomendamos solicitar cobertura tres meses antes de cumplir 65 años.

IMPORTANTE: Si planea solicitar cobertura de Medicare patrocinada por el empleador, deberá solicitar cobertura de las Partes A y B. Si no solicita cobertura de las Partes A, B y D de Medicare cuando cumple con los requisitos por primera vez, puede estar sujeto a multas por inscripción tardía.

P. ¿Hay costos para Medicare fuera de mi cobertura?

R. No incurrirá en ningún costo para tener la cobertura de la Parte A si usted o su cónyuge contribuyeron al Seguro Social durante un mínimo de 10 años. Inscribirse en las Partes A o B significa que ya no puede agregar fondos a una cuenta de ahorros para gastos médicos. Usted paga una prima cada mes por la Parte B. La prima de la Parte B se deducirá automáticamente de su pago de beneficios si obtiene beneficios de uno de los siguientes:

- Seguro Social.
- Junta de Retiro Ferroviario.
- Oficina de Administración de Personal.

Si no recibe estos pagos de beneficios, recibirá una factura de prima de la Parte B. La prima mensual de la Parte B cambia cada año y puede variar según los ingresos a través de lo que se conoce como Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés). La mayoría de las personas pagarán el monto de la prima estándar. Medicare utiliza los ingresos brutos ajustados modificados que se informan en su declaración

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace dos años para determinar la prima de la Parte B. Esta es la información más reciente de la declaración anual de ingresos proporcionada al Seguro Social por el IRS. Las personas que pagarán el recargo de la IRMAA recibirán un aviso de Medicare por correo postal.

P. ¿Qué sucede si no pago las primas de la Parte B?

R. La falta de pago de las primas de la Parte B o de la IRMAA dará lugar a la finalización de la cobertura.

P. ¿Dónde puedo encontrar recursos adicionales de Medicare?

R. Los siguientes sitios web pueden ser útiles:

es.medicare.gov

www.ssa.gov

www.cms.gov

Coberturas Medicare Advantage

P. ¿Qué es una cobertura Medicare Advantage? ¿En qué se diferencia de mi cobertura tradicional?

R. Las coberturas de Medicare Advantage son coberturas autorizadas por el gobierno que ofrecen las compañías de seguros médicos privadas como Blue Cross and Blue Shield of Texas que expanden los beneficios y servicios que ofrecen las Partes A y B de Medicare. También conocidas como coberturas de la “Parte C de Medicare”, incluyen algunos beneficios y servicios médicos que tradicionalmente no están incluidos en las Partes A y B de Original Medicare. Por ejemplo, la cobertura de UT CARE incluye beneficios y servicios que no tienen cobertura de Medicare, como servicios para la audición, incluida una asignación para audífonos, el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®, servicios quiroprácticos, una línea de enfermería las 24 horas y consultas virtuales.

P. ¿Las coberturas Medicare Advantage son conjuntas? ¿Puede mi cónyuge o pareja tener una cobertura diferente?

R. Los jubilados y sus derechohabientes elegibles están asegurados con la cobertura UT CARE individualmente. Cada persona con cobertura recibirá su propio kit y tarjeta de asegurado luego de solicitar cobertura.

P. ¿Se me puede negar la solicitud de cobertura debido a un problema médico preexistente? ¿Se puede cancelar mi póliza una vez que esté asegurado debido a mi problema médico?

R. No se le puede negar la cobertura debido a un problema médico preexistente. Su cobertura no puede cancelarse ni las reclamaciones por servicios con cobertura pueden negarse debido a un problema médico preexistente.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

La cobertura de UT CARE

P. ¿Cuáles son las ventajas de una cobertura grupal de Medicare como UT CARE en comparación con una cobertura individual de Medicare?

R. Como regla general, las coberturas grupales de Medicare tienen mejores beneficios que las individuales. Y, debido a que muchos empleadores o sindicatos ofrecen un plan de contribución o subsidio definidos (para pagar parte del costo que pagaría totalmente por su cuenta por una cobertura individual), es probable que el costo también sea menor.

P. Con respecto a la Parte C, ¿se incluirá la cobertura a través de una cobertura suplementaria?

R. UT CARE es una cobertura Medicare Advantage de la Parte C, que no debe confundirse con una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare. A diferencia de un plan de Seguro Suplementario de Medicare, UT CARE tiene beneficios adicionales que Medicare no cubre.

UT CARE reemplaza UT SELECT que también proporcionó cobertura más allá de los beneficios de Medicare para los jubilados de UTS. Esta nueva cobertura incluye todos los servicios de las Partes A y B de Medicare e incluye los beneficios y servicios adicionales que se incluyeron en su cobertura anterior de la cobertura UT SELECT. La información de la cobertura de UT CARE proporcionada a través de varios canales cubre esto en más detalle, incluida la tabla en los materiales de solicitud de cobertura que compara UT SELECT con UT CARE. Llame a Servicio al Cliente a fin de obtener ayuda para comprender cómo se comparan los planes.

P. ¿Mis derechohabientes cumplen con los requisitos?

R. Sí. Los derechohabientes se definen como un cónyuge, un hijo menor de 26 años o un derechohabiente elegible, incapacitado mayor de 26 años que está incluido en la cobertura médica del jubilado a través de UTS. Se aplican diferentes escenarios de cobertura según la elegibilidad de Medicare:

- Si el jubilado y los derechohabientes cumplen con los requisitos para Medicare, entonces todos estarán asegurados en UT CARE.
- Si el jubilado cumple los requisitos para Medicare, pero los derechohabientes no, entonces el jubilado estará asegurado con una cobertura de UT CARE y los derechohabientes estarán asegurados con UT SELECT™.
- Si el jubilado no cumple con los requisitos para Medicare, pero los derechohabientes sí, entonces el jubilado estará asegurado con una cobertura de UT SELECT y los derechohabientes estarán asegurados con UT CARE.
- Si ni el jubilado ni los derechohabientes cumplen con los requisitos para Medicare, entonces todos estarán asegurados con UT SELECT.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

P. ¿Estoy cubierto por UT CARE cuando viajo fuera de los EE. UU.?

R. Si necesita tratamiento médico mientras está fuera del país, solo tiene cobertura en caso de emergencia según las [normas de Medicare](#). El programa Blue Cross and Blue Shield Global Core les brinda a los asegurados, que viajan fuera de los Estados Unidos y de sus territorios, acceso a servicios de asistencia médica inmediata y de emergencia, a médicos y a hospitales en más de 200 países alrededor del mundo. Si tiene preguntas sobre los servicios de atención médica que tienen cobertura cuando viaja, llame al Servicio al Cliente de UT CARE o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.

P. ¿Puedo inscribirme en UT CARE si vivo en el extranjero?

R. UT CARE es una cobertura de Medicare disponible para jubilados que viven en los Estados Unidos y sus territorios. Si reside a tiempo completo fuera del país, no es elegible para UT CARE. Su cobertura puede continuar a través de su cobertura de atención médica actual de UT System.

P. ¿Cubrirá UT CARE todo lo que cubre UT SELECT, independientemente de si Medicare permite el procedimiento?

R. La cobertura de UT CARE fue diseñada para reflejar los beneficios de la cobertura de UT SELECT. Según el procedimiento o servicio específico, puede haber algunas diferencias, pero son poco frecuentes. En muchos casos, UT CARE tiene beneficios adicionales más allá de lo que permite Medicare. Consulte la tabla de comparación de beneficios y el resumen de beneficios y servicios médicos para conocer los detalles de la cobertura.

P. ¿Qué “servicios médicos de alto costo” requieren autorización previa?

A. Algunos ejemplos de servicios de mayor costo son los procedimientos de diagnóstico, como resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones (diagnósticos por imágenes avanzadas). Se necesita autorización previa (Prior Authorization, PA) para lo siguiente:

- ✓ Musculoesquelético: dolor/articulación/columna vertebral
- ✓ Oncología para pacientes ambulatorios
- ✓ Radioterapia para pacientes ambulatorios
- ✓ Estudios del sueño para pacientes ambulatorios
- ✓ Medicamentos especializados para pacientes ambulatorios
- ✓ Administración de servicios de laboratorio: pruebas de laboratorio moleculares y genómicas

Los servicios que se realizan como parte de una estadía como paciente hospitalizado, una observación de 23 horas o una consulta a la sala de emergencias no requieren PA.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Su prestador de servicios médicos colaborará con UT CARE para obtener cualquier autorización previa que pueda necesitar y puede hablar con usted sobre otras opciones si es necesario. Si cuenta con una PA cuando solicita cobertura en UT CARE™ Medicare PPO, esa PA continúa durante los primeros seis meses de cobertura.

P. ¿Tengo que elegir una cobertura que ofrezca UTS?

R. Puede optar por no solicitar la cobertura de UT CARE Medicare PPO. Optar por excluirse de esta cobertura significa que no tendrá cobertura médica ni de medicamentos recetados a través del programa de beneficios de UT o de la cobertura de vida básica que se incluye con la póliza de cobertura médica. Puede continuar con otros tipos de cobertura y puede solicitar cobertura de UT CARE en un momento posterior durante la inscripción anual o después de un cambio de estatus que lo haga elegible.

P. ¿Cuándo debo solicitar cobertura de UT CARE?

R. Mientras tenga cobertura de las Partes A y B de Medicare, se lo asegurará automáticamente en UT CARE. No tiene que completar ningún formulario ni realizar ninguna acción.

P. ¿Cómo me excluyo de UT CARE?

R: Puede rechazar la cobertura a través del sistema en línea My UT Benefits. Para acceder a “My UT Benefits”, visite la página “Manage Your UT Benefits” (Administrar sus beneficios de UT) en <http://utbenefits.link/manage>.

IMPORTANTE: Si toma medidas para excluirse, no tendrá ningún seguro médico, de medicamentos recetados ni de vida básico para jubilados de UT.

En caso de que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) no acepten su solicitud de cobertura porque no se cumplió un requisito federal para la misma, aún tendrá la cobertura médica de UT SELECT. Sin embargo, el nivel de pago se limitará a lo que la aseguradora pagaría después del pago de Medicare. Por lo general, eso significa que la cobertura pagaría alrededor del 20 %.

P. Si rechazo participar en esta cobertura como prestación laboral (grupal) ahora, ¿puedo inscribirme más tarde?

R. Sí, puede optar por participar o no en la cobertura en cualquier momento en que tenga un cambio de estatus o suceso de la vida que lo haga elegible o durante la inscripción anual.

P. ¿Qué sucede si sigo trabajando después de los 65 años?

R. Si está jubilado y trabaja en un puesto elegible para beneficios en una institución de UT, usted o cualquier derechohabiente estarán asegurados con la cobertura UT SELECT, independientemente de su estado en

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Medicare. Si está jubilado y trabaja menos de 20 horas en una institución de UT, usted y cualquier derechohabiente que cumpla con los requisitos para Medicare tendrán cobertura de UT CARE.

A continuación, se presentan ejemplos de cobertura adicional para cuando el jubilado trabaja menos de 20 horas en una institución de UT:

- Si el jubilado cumple con los requisitos para Medicare, pero los derechohabientes no, entonces el jubilado estará asegurado con una cobertura de UT CARE y los derechohabientes estarán asegurados con UT SELECT.
- Si el jubilado no cumple con los requisitos para Medicare, pero los derechohabientes sí, entonces el jubilado estará asegurado con una cobertura de UT SELECT y los derechohabientes estarán asegurados con UT CARE.
- Si ni el jubilado ni los derechohabientes cumplen con los requisitos para Medicare, entonces todos estarán asegurados con UT SELECT.

P. ¿Cuándo entrará en vigor mi cobertura de UT CARE?

R. La cobertura entra en vigor el 1.º de enero de 2025. O bien, si es recientemente elegible para la cobertura después del 1.º de enero de 2025, debido a la edad o la jubilación, la cobertura 65 Plus Medicare Advantage (PPO) entrará en vigor una vez que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) aprueben su cobertura. Hasta ese momento, su cobertura continuará vigente con UT SELECT.

P. ¿Con qué frecuencia se me facturará? ¿Quién lo hará?

R. Analice el pago de las primas con la oficina de beneficios de su institución. Recuerde que aún debe pagar la prima de la Parte B de Medicare.

Prestadores de servicios médicos

P. ¿Podré consultar a mis profesionales médicos actuales?

R. Sí. Conforme a la cobertura UT CARE, que es una cobertura PPO de “acceso abierto” o “pasivo”, puede acudir a cualquier profesional médico que: 1) acepte Medicare; 2) acepte atenderlo como paciente; y 3) acepte presentar reclamaciones a Blue Cross and Blue Shield of Texas. No es necesario que formen parte de ninguna red de Blue Cross and Blue Shield.

P. ¿Cómo sabrá mi prestador de servicios médicos que mi cobertura ha cambiado?

R. Informe a sus prestadores de servicios médicos que su cobertura ha cambiado cuando llame para programar una cita y cuando llegue para su consulta. Como asegurado de UT CARE, tiene un número nuevo de asegurado y una nueva tarjeta de asegurado. Asegúrese de mostrarles su tarjeta nueva a los profesionales médicos o al

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

personal del consultorio. Recuérdeles que su tarjeta de asegurado anterior ya no es válida. Si el profesional médico no usa su nuevo número de asegurado, no se podrá confirmar la cobertura de los servicios y puede haber demoras a la hora de procesar sus reclamaciones. Su kit de bienvenida también tendrá un aviso para llevar con usted cuando consulte a su prestador de servicios médicos.

P. ¿Mi prestador de servicios médicos podrá presentar reclamaciones fácilmente ante UT CARE?

R. Sí. De hecho, simplificamos el proceso de reclamaciones de UT CARE para los prestadores de servicios médicos. En lugar de presentar reclamaciones a Medicare, los prestadores de servicios médicos ahora pueden presentarlas directamente a Blue Cross and Blue Shield of Texas. Nos encargamos de cualquier interacción con Medicare en nombre del prestador de servicios médicos y de usted. Además, ofrecemos capacitación y recursos en línea dedicados sobre UT CARE a los que los prestadores de servicios médicos pueden acceder rápidamente. Y les simplificamos el proceso para ponerse en contacto con servicio al cliente en cualquier momento en que tengan preguntas.

P. ¿La mayoría de los prestadores de servicios médicos aceptarán facturarle al nuevo programa?

R. El 98 % de los prestadores de servicios médicos de todo el país acepta Medicare. Las coberturas Open Access PPO como UT CARE, que cubren todo lo cubierto por las Partes A y B de Medicare y más, son nuevas para algunos prestadores de servicios médicos. Muchos están acostumbrados a presentar reclamaciones directamente a Medicare en lugar de a una aseguradora como BCBSTX. Para la mayoría de los pacientes de UT CARE, los prestadores de servicios médicos conocen este proceso y presentarán reclamaciones ante la cobertura de BCBS de su localidad. Si sus prestadores de servicios médicos aceptan Medicare, les facilitamos la presentación de reclamaciones para su atención.

P. Ayúdeme a entender cómo funciona la red de prestadores de servicios médicos si no necesito consultar a un profesional de la red.

R. Esta es una cobertura PPO de acceso abierto. Los prestadores de servicios médicos que acepten la asignación de Medicare y acepten enviar sus facturas a BCBS, recibirán pago. Los prestadores de servicios médicos que tienen un contrato con la red de BCBS recibirán la tarifa acordada. Los prestadores de servicios médicos que no estén en la red de BCBS recibirán la tarifa permitida de Medicare por la atención que le presten. Puede acudir a prestadores de servicios médicos dentro y fuera de la red de BCBS que aceptan las reglas que se mencionan anteriormente. Los prestadores de servicios médicos fuera de Texas conocen este proceso y pueden presentar reclamaciones ante la entidad BCBS de su localidad.

P. La nueva cobertura UT CARE Medicare PPO exige que los prestadores de servicios médicos acepten pacientes de Medicare y además “acepten presentar reclamaciones a BCBSTX”. ¿Qué implica este proceso de reclamación? ¿Difiere de los procedimientos de facturación actuales?

R. No hay diferencia en la presentación de reclamaciones para prestadores de servicios médicos que aceptan la asignación y están dispuestos a presentar reclamaciones a BCBS. Con este proceso, no se requerirá la

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

intervención del asegurado. Los prestadores de servicios médicos no tendrán que presentar reclamaciones directamente ante Medicare. Las reclamaciones se procesarán sin problemas de acuerdo con los beneficios permitidos y en función de la necesidad médica. Los prestadores de servicios médicos fuera de Texas deben conocer este proceso y pueden presentar reclamaciones ante la cobertura de BCBS de su localidad.

P. Si un prestador de servicios médicos no está en la lista PPO, ¿es posible continuar recibiendo tratamiento de este prestador de servicios médicos de atención médica sin incurrir en copagos o deducibles significativos?

R. Esta es una cobertura PPO de acceso abierto. Los prestadores de servicios médicos que acepten la asignación de Medicare y acepten enviar sus facturas a BCBS, recibirán pago. Los prestadores de servicios médicos que tienen un contrato con la red de BCBS recibirán la tarifa acordada. Los prestadores de servicios médicos que no estén en la red de BCBS recibirán la tarifa permitida de Medicare por la atención que le presten. Los prestadores de servicios médicos fuera de Texas conocen este proceso y pueden presentar reclamaciones ante la entidad BCBS de su localidad.

P. Vivimos fuera de Texas y nuestros prestadores de servicios médicos no forman parte de la red de BCBS. ¿Sabrán qué es UT CARE? ¿Qué documentos tendremos que compartir con el prestador de servicios médicos para explicarle cómo presentar reclamaciones?

R. Esta es una cobertura PPO de acceso abierto. Los prestadores de servicios médicos que acepten la asignación de Medicare y acepten enviar sus facturas a BCBS, recibirán pago. Los prestadores de servicios médicos que no estén en la red de BCBS recibirán la tarifa permitida de Medicare por la atención que le presten.

Recibirá un aviso en su kit de bienvenida para compartirlo con su prestador de servicios médicos. Los prestadores de servicios médicos fuera de Texas conocen este proceso y pueden presentar reclamaciones ante la entidad BCBS de su localidad. El número de servicio al cliente en su tarjeta de asegurado es para que usted o su prestador de servicios médicos llamen si tienen alguna pregunta.

P. Uno de los placeres de la jubilación es que los jubilados pueden viajar para visitar a familiares y lugares fuera de sus hogares. Si nos enfermamos o estamos involucrados en un accidente mientras viajamos, ¿podremos encontrar atención y cómo presentará el prestador de servicios médicos la reclamación?

R. Esta es una cobertura PPO de acceso abierto. Puede ver a cualquier prestador de servicios médicos fuera del estado que acepte la asignación de Medicare y acepte enviar sus facturas a BCBS.

Si necesita tratamiento médico mientras está fuera del país, solo tiene cobertura en una situación de emergencia o urgencia. Al igual que la cobertura UT SELECT, el programa Blue Cross and Blue Shield Global Core les brinda a los asegurados, que viajan fuera de los Estados Unidos y de sus territorios, acceso a servicios de

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

asistencia médica inmediata y de emergencia, a médicos y a hospitales en más de 200 países alrededor del mundo. Si tiene preguntas sobre los servicios de atención médica que tienen cobertura cuando viaja, llame a servicio al cliente o acceda a la información en www.bcbsglobalcore.com.

Los formularios de reclamación para la atención recibida en el extranjero se pueden obtener en www.bcbsglobalcore.com o si llama al 800-810-BLUE.

Envíe las reclamaciones a:

Centro de servicio de BCBS Global Core
P.O Box 2048
Southeastern, PA 19399

P. ¿Cuál es el proceso de apelación?

R. Para solicitar una apelación, usted, su representante o su médico pueden enviar una solicitud por correo postal o por fax, así como comunicarse con el servicio al cliente. Las apelaciones deben presentarse dentro de los 60 días de haber recibido su Explicación de beneficios (EOB, en inglés) para la consulta en cuestión.

Si presenta una solicitud de apelación por escrito, debe incluir la siguiente información:

Su nombre, número de asegurado, dirección, motivos para apelar, y cualquier evidencia que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio.

Las solicitudes pueden enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

Blue Cross Medicare Advantage
Atención: Appeals Department
P.O. Box 663099
Dallas, TX 75266

Para una apelación estándar, proporcionaremos una decisión por escrito dentro de 60 días.

P. ¿Puedo consultar a un prestador de servicios médicos que no acepte la asignación de Medicare?

R. Sí. Si un asegurado acude a un prestador de servicios médicos que NO acepta la asignación de Medicare y no está en la red nacional Medicare Advantage PPO de BCBS, se puede esperar que el asegurado pague el monto

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

facturado directamente al prestador de servicios médicos al momento del servicio. El asegurado puede presentar la reclamación a BCBSTX. Luego, pagamos la reclamación al asegurado al cargo límite de Medicare del 115 % de la lista de tarifas de Medicare para prestadores de servicios médicos profesionales. Si el prestador de servicios médicos ha cobrado más del cargo límite del 115 %, el asegurado no recibirá un reembolso por la diferencia del monto facturado que pagó al prestador de servicios médicos por los servicios y el 115 % de las tarifas de Medicare pagadas. El asegurado deberá solicitar un reembolso directamente al prestador de servicios médicos.

Ejemplo: Robert ve al Dr. Smith, un prestador de servicios médicos no participante, y le paga \$200 después de la consulta. El monto permitido por Medicare para la consulta es de \$80. Debido a que Medicare limita lo que el prestador de servicios médicos puede cobrar por los servicios cubiertos al 115 % del monto aprobado por el servicio, a Robert se le reembolsarán \$92. Los \$108 restantes no se reembolsarán.

\$80 Monto permitido por Medicare para el servicio

\$92 115 % de la cantidad permitida

\$200 Robert le paga al Dr. Smith

\$ 92 BCBS le reembolsa este monto a Robert

\$108 Robert debería solicitar este reembolso al prestador de servicios médicos por su cuenta.

P: ¿Puedo consultar a un prestador de servicios médicos que haya optado por no participar en Medicare?

R. Menos del 2 % de los prestadores de servicios médicos se excluyen de Medicare. Los prestadores de servicios médicos que han optado por excluirse no pueden recibir un reembolso por los servicios prestados. Un asegurado puede consultar a un prestador de servicios médicos que se haya excluido de Medicare. Sin embargo, la cobertura o Medicare no pagarán la consulta. Puede encontrar una lista de prestadores de servicios médicos que se han excluido de Medicare [aquí en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS, en inglés\)](#).

P: ¿Cómo presento una reclamación después de consultar a un prestador de servicios médicos que no acepta la asignación de Medicare?

R. Si el prestador de servicios médicos no acepta la asignación de Medicare y se niega a facturarle a BCBS, es posible que el asegurado deba pagar el monto facturado de los servicios directamente al prestador de servicios

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

médicos en el momento del servicio y presentar la factura a BCBSTX para el reembolso. No hay ningún formulario de reembolso para completar. Sin embargo, puede presentar una reclamación de reembolso por escrito a:

Blue Cross Medicare Advantage (Claims)
PO Box 4195
Scranton, PA 18505

Incluya la siguiente documentación:

- copia del recibo que muestre que se realizó el pago;
- nombre y número de asegurado del asegurado, incluido el prefijo alfa que figura en la tarjeta de asegurado;
- una factura que muestra los servicios prestados U otro tipo de documentación que incluya:
 - diagnóstico (o códigos de diagnóstico, si están disponibles);
 - procedimiento (o códigos CPT, si están disponibles);
 - nombre y dirección del prestador de servicios médicos.

Cobertura para medicamentos con receta

P. ¿Mi cobertura incluye cualquier medicamento con receta?

R. Su cobertura incluye todo lo que incluye la Parte B de Medicare, incluso algunos medicamentos y servicios. Para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en la Parte B de Medicare, visite www.medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient. También tiene cobertura de medicamentos recetados de la Parte D a través de una aseguradora separada para medicamentos no cubiertos conforme a la Parte B.

P. ¿Cuáles son mis otras opciones de cobertura para medicamentos recetados?

R. La cobertura para medicamentos recetados de la Parte D para jubilados de UTS está disponible a través de una aseguradora aparte y se incluye cuando se solicita cobertura de UT CARE.

P. ¿Cómo sé si un medicamento está cubierto por mi cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o por la cobertura UT CARE Medicare PPO?

R. La forma en que accede a su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de UT no ha cambiado. La Parte D incluye los medicamentos ambulatorios comunes que recibe de la farmacia, como los que se usan

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

para tratar la presión arterial alta, el colesterol alto, la depresión y la osteoporosis. Estos tipos de medicamentos con receta no están incluidos en las coberturas de la Parte A o la Parte B de Medicare. Si tiene preguntas sobre sus beneficios farmacéuticos, llame al servicio al cliente de la Parte D al 1-800-860-7849 TTY 711.

UT CARE Medicare PPO cubre algunos medicamentos y servicios normalmente cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir los siguientes:

- Medicamentos que no se autoadministra. Estos medicamentos se pueden administrar en el consultorio de un médico como parte de su servicio. La cobertura puede limitarse a los medicamentos que se administran por infusión o inyección en un hospital o centro ambulatorio.
- Suministros para diabéticos como se detalla en su evidencia de cobertura.
- Ciertas vacunas:
 - Vacuna contra la COVID-19.
 - Vacunas contra la gripe.
 - Vacunas antineumocócicas.
 - Vacunas contra la hepatitis B.
 - Otras vacunas que están directamente relacionadas con el tratamiento de una lesión o enfermedad (como la vacuna antitetánica).
- Medicamentos administrados mediante infusión a través de equipo médico duradero, como una bomba de infusión o un nebulizador. Medicare podría incluir la insulina y las bombas de insulina que se usan fuera del cuerpo.
- Medicamentos inyectables o administrados mediante infusión, algunos antígenos, agentes estimulantes de la eritropoyesis para tratar la anemia, factores de coagulación de la sangre, algunos medicamentos inmunosupresores orales contra el cáncer y contra las náuseas utilizados como parte del tratamiento de quimioterapia, alimentación intravenosa y por sonda e inmunoglobulina intravenosa (IgIV) administrada en el hogar, algunos medicamentos orales e intravenosos para aquellos con enfermedad renal en etapa terminal.

Si necesita saber si un medicamento que le recetaron está incluido en la Parte B o la Parte D, llame a Servicio al Cliente de UT CARE Medicare PPO.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Beneficios complementarios

P. ¿Tendré acceso a beneficios y servicios dentales, para la vista o la audición?

R. La cobertura de UT CARE incluye un examen de audición anual con \$0 de copago, más una asignación para audífonos de \$2,000 para ambos oídos durante 36 meses. Si bien los servicios dentales y de la vista no están cubiertos como parte de UT CARE, continuará disfrutando de estos beneficios a través de las coberturas a través del empleo (grupales) de UT, como lo hace ahora.

P. ¿Los servicios quiroprácticos tienen cobertura?

R. Las consultas quiroprácticas de rutina tienen cobertura con \$0 de copago para 35 consultas al año.

P. ¿Puedo usar servicios de enfermería privada con esta cobertura?

R. Su cobertura tiene una asignación para servicios de enfermería privada de \$10,000 por año para servicios de enfermería privada temporal médicamente necesarios.

P. ¿Cuáles son todos mis beneficios y servicios complementarios?

R. Sus beneficios y servicios complementarios incluyen los siguientes:

- Servicios para la audición
- Soluciones para el bienestar
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®*
- Enfermería telefónica 24/7 Nurseline
- Consultas virtuales
- Apoyo y prevención de enfermedades crónicas
- Programas para la hipertensión y diabetes
- Programas para el dolor musculoesquelético y crónico
- Programa para el control del peso

*Las clases y los servicios varían según la ubicación.

P. ¿Tendré acceso a los mismos beneficios y servicios para la salud y el bienestar que tenía en UT SELECT?

R. Sí. Puede continuar usando todas estas herramientas para la salud y el bienestar:

- Airrosti
- Blue365SM
- Hinge Health
- Learn to Live
- Servicio de enfermería telefónica Nurseline
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Wondr HealthTM

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura y comunicaciones

P. ¿Cuándo llegará mi tarjeta de asegurado de UT CARE?

R. Las tarjetas de asegurado para la fecha de entrada en vigor del 1/1/2025 se envían por correo postal en diciembre. Los jubilados que soliciten cobertura a lo largo del año recibirán sus tarjetas entre 10 y 14 días después de que Medicare confirme su cobertura.

Los siguientes son los artículos que puede esperar, en orden. Recibirá una carta de acuse de recibo, seguida de una carta de confirmación y, luego, su nueva tarjeta de asegurado. Puede usar la carta de confirmación como evidencia del seguro hasta que reciba la tarjeta. Su tarjeta de la cobertura UT CARE es para usarse cuando acuda a prestadores de servicios médicos y hospitales, y al surtir medicamentos incluidos en la Parte B de Medicare que le recete su profesional médico. Deberá usar su tarjeta de miembro de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados incluidos en su cobertura de la Parte D.

Como asegurado de UT CARE, tiene un número nuevo de asegurado y una nueva tarjeta de asegurado. Asegúrese de mostrarles su tarjeta nueva a los profesionales médicos o al personal del consultorio. Recuérdeles que su tarjeta de asegurado anterior ya no es válida. Si el profesional médico no usa su nuevo número de asegurado, no se podrá confirmar la cobertura de los servicios y puede haber demoras a la hora de procesar sus reclamaciones.

P. ¿Recibiré periódicamente un estado de cuenta de Medicare según la cobertura que seleccione?

R. Si solicita cobertura de UT CARE, recibirá su Explicación de beneficios (EOB, en inglés) de Blue Cross and Blue Shield of Texas. La frecuencia con la que lo reciba dependerá de la frecuencia con la que consulte a su prestador de servicios médicos. No son facturas. Solo detallan lo que usted y la aseguradora han pagado.

UT CARE™ Medicare PPO es una cobertura Medicare Advantage PPO de acceso abierto. En ocasiones, los asegurados pueden recibir comunicaciones automatizadas que hacen referencia a la cobertura denominada “Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM”. Esta cobertura también se refiere a UT CARE™ Medicare PPO.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Medicare Advantage.

Estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) mantienen una relación en calidad de contratistas independientes. BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza ninguno de los productos o servicios que ofrecen los proveedores antes mencionados.

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSTX. Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su cobertura médica. Los empleados deben consultar la información específica de la cobertura en su certificado de beneficios y servicios médicos o comunicarse con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales, ni los costos de los servicios o productos cuentan en favor de ningún gasto máximo o deducible de la cobertura. Los descuentos se otorgan únicamente a través de proveedores que participan en este programa. BCBSTX no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar a su médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de interrumpir o cambiar este programa en cualquier momento sin aviso. Los servicios para la audición son proporcionados por American Hearing Benefits, Beltone™, HearUSA y TruHearing®. Los servicios para la vista son proporcionados por ContactsDirect®, Croakies, Davis VisionSM, EyeMed Vision Care, Glasses.com, Jonathan Paul Fitovers y LasikPlus®.

Blue Cross®, Blue Shield® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

TruHearing® es una marca comercial registrada de TruHearing, Inc., que es una compañía independiente que ofrece descuentos en audífonos. TruHearing y Blue Cross and Blue Shield of Texas tienen una relación de contratistas independientes.

SilverSneakers® es un programa de bienestar cuya propiedad y administración corresponden a Tivity Health, Inc., una compañía independiente. Tivity Health y SilverSneakers® son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., o de sus subsidiarias o afiliadas en los EE. UU. u otros países.

Livongo, Omada y Hinge Health son compañías independientes que tienen un contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar soluciones para el cuidado de la salud a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

Learn to Live (L2L) ofrece programas en línea personalizados, adaptados por el usuario, que se basan en principios comprobados de la terapia cognitiva conductual (CBT, en inglés). Los programas son confidenciales, accesibles desde cualquier lugar y se basan en años de investigación que muestran que los programas de CBT en línea son tan eficaces como la terapia presencial. Los asesores de L2L no prestan servicios como terapeutas, trabajadores sociales ni como médicos con licencia y no ofrecen servicios que requieran licencia profesional, como psicoterapia.

Los asesores no brindan apoyo para crisis ni servicios de salud mental de emergencia. Learn to Live, Inc. es una compañía independiente que proporciona programas y recursos en línea para la salud mental a asegurados con cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor externo, ni los productos o servicios que ofrecen.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC) y a GHS Insurance Company (GHSIC), ofrece las coberturas PPO. Health Care Service Corporation (HCSC), a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece las coberturas PPO disponibles como prestación laboral o a través de sindicatos. HCSC, HISC y GHSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare.

La posibilidad de solicitar la cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.