



**UT CARE**

**The University of Texas System**

**2025**

# **Resumen de Beneficios**

**UT CARE Medicare (PPO)<sup>SM</sup>**

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\_0107UTSSB25SPA\_M

760616.0524

## 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 1-877-842-7564 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. 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.

### 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 [www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools](http://www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools) o llame al 1-877-842-7562 (TTY: 711) para solicitar una copia de la EOC.
- Consulte con sus proveedores actuales para confirmar si aceptan Medicare. Revise el *Provider Finder* para obtener una lista de los médicos que forman parte de nuestra red.
- 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.

### Comprensión de normas importantes

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

# 1

## SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información proporcionada sobre los beneficios es un resumen de lo que incluimos y lo que usted paga. No se indican todos los servicios que incluimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”. También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web [www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools](http://www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools).

### Tiene opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de arancel por cada servicio). Original Medicare lo administra directamente el Gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante la inscripción en un seguro de gastos médicos de Medicare (como **UT CARE Medicare [PPO]**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

En este documento de Resumen de Beneficios, se le brinda un resumen de lo que incluye **UT CARE Medicare (PPO)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros seguros de gastos médicos de Medicare, solicite los documentos de Resumen de Beneficios de los otros planes O use el Localizador de Planes de Medicare en [www.es.medicare.gov](http://www.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 [www.es.medicare.gov](http://www.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

- Cosas que debe saber sobre **UT CARE Medicare (PPO)**.
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios incluidos.
- Beneficios médicos y hospitalarios incluidos.

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 1-877-842-7562 (TTY: 711).

### Cosas que debe saber sobre UT CARE Medicare (PPO)

## Horario de atención e información de contacto

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana.
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. 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 1-877-842-7562 (TTY: 711).
- Si no es un asegurado de este plan, llámenos al 1-877-842-7562 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: [www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools](http://www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools).

## ¿Quién puede registrarse?

Para unirse a **UT CARE Medicare (PPO)**, debe contar con Medicare Parte A y Medicare Parte B, cumplir con los requisitos de elegibilidad de su empleador y estar retirado. Nuestra área de servicio incluye cualquier lugar de los Estados Unidos.

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**UT CARE Medicare (PPO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede solicitar la atención de cualquier proveedor que acepte Medicare y genere una factura para nosotros. Los niveles de beneficios son los mismos independientemente de si acude o no a un proveedor que forma parte de la red.

Puede consultar el *Directorio de Proveedores* o el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web ([www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools](http://www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools)).

O bien llámenos al 1-877-842-7562 (TTY: 711) y le enviaremos una copia del *Directorio de Proveedores* y del *Directorio de Farmacias*.

## ¿Qué incluimos?

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

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

- Puede consultar el *Formulario* completo del plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, [www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools](http://www.espanol.bcbstx.com/medicare/group-retiree-medicare/helpful-tools).
- O bien llámenos al 1-877-842-7562 (TTY: 711) y le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos*.

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 UT CARE Medicare (PPO)<sup>SM</sup>

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

<b>Prima mensual del plan</b>	Para obtener información sobre las primas que pagará, comuníquese con su empleador o con el administrador del plan de beneficios grupal de su empleador. Además, usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad máxima de su bolsillo</b>	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. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por servicios que recibe de proveedores que forman y que no forman parte de la red.</li> </ul>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INCLUIDOS

<b>Hospital para pacientes internados</b>	Nuestro plan incluye una cantidad ilimitada de días para una estadía en un hospital para pacientes internados. <b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0 de copago por estadía. <b><u>Fuera de la red:</u></b> \$0 de copago por estadía. Puede requerir autorización previa.
<b>Hospital para pacientes no hospitalizados</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0 de copago. <b><u>Fuera de la red:</u></b> \$0 de copago. Puede requerir autorización previa.
<b>Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0 de copago. <b><u>Fuera de la red:</u></b> \$0 de copago. Puede requerir autorización previa.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago. Consulta con un especialista: \$0 de copago.

	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago.</p> <p>Consulta con un especialista: \$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos.</p> <p><b>Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas</b></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>
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p>	<p>\$0 de copago por consulta.</p> <p>Cobertura de emergencia en el extranjero: \$0 de copago.</p>
<p><b>Servicios requeridos urgentemente</b></p>	<p>\$0 de copago por consulta.</p> <p>Cobertura de urgencia en el extranjero: \$0 de copago.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Diagnóstico por imágenes</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago.</p> <p>Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: \$0 de copago.</p> <p>Radiografías: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): \$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago.</p> <p>Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: \$0 de copago.</p> <p>Radiografías: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): \$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

<p><b>Servicios para la audición</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: \$0 de copago.</p> <p><b><u>Audición de rutina:</u></b></p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: \$0 de copago.</p> <p><b><u>Audición de rutina:</u></b></p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): \$0 de copago.</p> <p><b><u>Dentro y fuera de la red:</u></b></p> <p><b><u>Audífonos:</u></b> \$2,000 de asignación para ambos oídos combinada dentro y fuera de la red para audífonos cada tres años.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Incluido por Medicare: \$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Incluido por Medicare: \$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Servicios para la vista</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): \$0 de copago para examen de la vista.</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): \$0 de copago para examen de la vista.</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

<p><b>Servicios de salud mental</b></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><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes internados: \$0 de copago por estadía.</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: \$0 de copago.</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: \$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes internados: \$0 de copago por estadía.</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: \$0 de copago.</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: \$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Días 1 al 20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 al 100: \$0 de copago por día.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Días 1 al 20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 al 180: \$0 de copago por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>



<b>Rehabilitación para pacientes no hospitalizados</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones en 36 semanas. Límite de 36 por año): \$0 de copago.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: \$0 de copago.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones en 36 semanas. Límite de 36 por año): \$0 de copago.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: \$0 de copago.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>Ambulancia terrestre: \$0 de copago para cada viaje de ida.</p> <p>Ambulancia aérea: \$0 de copago para cada viaje de ida.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Transporte</b>	<p>Sin cobertura.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 0% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo total.</p> <p>Para medicamentos de insulina de la Parte B: 0% del costo total con un monto máximo de \$35 de copago mensual.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 0% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo total.</p> <p>Para medicamentos de insulina de la Parte B: 0% del costo total con un monto máximo de \$35 de copago mensual.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

**Beneficios  
adicionales para  
los asegurados**

**UT CARE Medicare (PPO)<sup>SM</sup>**

**Acupuntura para  
dolor lumbar  
crónico**

**Dentro de la red:**

**Incluido por Medicare:**

- \$0 de copago.

**Acupuntura de rutina:**

- Acupuntura de rutina: sin cobertura.

**Fuera de la red:**

**Incluido por Medicare:**

- \$0 de copago.

**Acupuntura de rutina:**

- Acupuntura de rutina: sin cobertura.

Puede requerir autorización previa.

**Atención  
quiropática**

**Manipulación de la columna para corregir una subluxación incluida por Medicare  
(cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)**

**Dentro de la red:**

**Incluido por Medicare:**

- \$0 de copago.

**Atención quiropática de rutina:**

- Servicios quiropáticos de rutina: \$0 de copago por consulta para un máximo de 35 consultas quiropáticas de rutina por año.

**Fuera de la red:**

**Incluido por Medicare:**

- \$0 de copago.

**Atención quiropática de rutina:**

- Servicios quiropáticos de rutina: \$0 de copago por consulta para un máximo de 35 consultas quiropáticas de rutina por año.

Puede requerir autorización previa.

**Beneficios  
adicionales para  
los asegurados**

**UT CARE Medicare (PPO)<sup>SM</sup>**

<p><b>Suministros y servicios para la diabetes</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Suministros para el monitoreo de la diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% de gastos compartidos para todos los suministros para las pruebas de la diabetes (medidores, tiras y lancetas) obtenidos a través de la farmacia.</li> </ul> <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Calzado o plantillas ortopédicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% del costo total.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b>Suministros para el monitoreo de la diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% de gastos compartidos para todos los suministros para las pruebas de la diabetes (medidores, tiras y lancetas) obtenidos a través de la farmacia.</li> </ul> <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Calzado o plantillas ortopédicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% del costo total.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p>	<p>\$0 de copago para el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers<sup>®+</sup>.</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Se incluye un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en los centros participantes<sup>1</sup>.</p> <p><sup>1</sup> Usted tiene acceso a una red nacional de centros participantes en los que puede tomar clases.</p>

Beneficios adicionales para los asegurados	UT CARE Medicare (PPO) <sup>SM</sup>
	<p>† SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>
<p><b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b></p>	<p><b>Exámenes y tratamiento de los pies incluidos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</b></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Servicios de podiatría de rutina:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de podiatría de rutina: sin cobertura.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b><u>Incluido por Medicare:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Servicios de podiatría de rutina:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de podiatría de rutina: sin cobertura.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Enfermería de servicio privado</b></p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red:</u></b></p> <p>\$10,000 de asignación por año para los servicios no incluidos por Medicare.</p> <p>Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios con respecto a su cobertura de enfermería de servicio privado, consulte su Evidencia de Cobertura.</p>
<p><b>Atención médica en el hogar</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul>

**Beneficios  
adicionales para  
los asegurados**

**UT CARE Medicare (PPO)<sup>SM</sup>**

	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Servicios para pacientes no hospitalizados por abuso de sustancias</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Consulta de terapia grupal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Consulta de terapia individual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b>Consulta de terapia grupal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Consulta de terapia individual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Artículos de venta libre</b></p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p><b>Dispositivos protésicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Suministros médicos relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p><b>Dispositivos protésicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b>Suministros médicos relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul>

Beneficios adicionales para los asegurados	UT CARE Medicare (PPO) <sup>SM</sup>
	Puede requerir autorización previa.
<b>Comidas</b>	Sin cobertura.
<b>Diálisis renal</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<b>Servicios de telemedicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica inmediata virtual: \$0 de copago (solo a través de MDLive); servicios virtuales especializados de salud mental: \$0 de copago (solo a través de MDLive); servicios psiquiátricos virtuales: \$0 de copago (solo a través de MDLive)</li> </ul>
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	No paga nada por cuidados paliativos proporcionados por un centro de cuidados paliativos con certificación de Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos totales de los medicamentos y la atención médica de relevo. Un centro de cuidados paliativos está incluido fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

## EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-842-7562 (TTY: 711). Someone who speaks English 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 1-877-842-7562 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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.



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., 35<sup>th</sup> 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>, o 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 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English 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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562(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 1-877-842-7562(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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의 료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리 고자 무료 통역 서비스를 제공하 고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). 번으로 문의해 주 십시오 . 한국어를 하는 담당자 가 도와 드릴 것입니 다 . 이 서비스는 무료로 운 영됩니다 .

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 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: سيقوم شخصاً يتحدث العربية إننا نقدم خدمات الم رتجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711) بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على م رتجم فوري، ليسعليك سوى الاتصال بنا على. بالصحة أو جدول الأدوية لدينا للحصول.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी 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 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-877-842-7562 (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 ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-842-7562 (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 1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-842-7562 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



Los profesionales de la salud no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de brindar atención a los asegurados, 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 1-877-842-7562 (TTY: 711) para obtener más información.

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

La cobertura PPO es proporcionada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). HCSC es una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

# GRACIAS

## Comuníquese con nosotros

**Información de contacto:** 1-877-842-7562, TTY: 711

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

**Sitio web de la organización:** [www.espanol.bcbstx.com](http://www.espanol.bcbstx.com)