



Blue Cross Group
Medicare Advantage Open AccessSM

THE TEXAS A&M
UNIVERSITY SYSTEM

Vive
tu
vida
BlueSM



La ventaja es suya.

Busque en el interior para conocer los detalles sobre su cobertura médica para jubilados de Texas A&M University System.

Guarde esta información para referencia futura.

Estos materiales están disponibles en español. Póngase en contacto con Servicio al Cliente para obtener ayuda.



Cobertura Medicare para jubilados simplificada.

Texas A&M University System proporciona la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM para usted y sus derechohabientes elegibles para Medicare.

El plan combina las coberturas de las Partes A y B de Medicare, y las complementa con beneficios y servicios médicos adicionales para la salud y el bienestar que Original Medicare no ofrece. Incluye los servicios más frecuentes, como consultas a prestadores de servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios para pacientes internados, y atención médica de emergencia. Coordina la atención médica y le ofrece recursos para el control y la prevención de enfermedades. La cobertura también se encarga de las reclamaciones y coordina con Medicare por usted. Esta cobertura incluye medicamentos y servicios incluidos en la Parte B de Medicare, pero **no** incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare se proporciona con Express Scripts[®]. Si tiene preguntas sobre la cobertura de la Parte D de Medicare por medio de Express Scripts[®], comuníquese con el Servicio al Cliente de Medicare de Express Scripts[®] al **1-855-895-4647**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-716-3231**.*

Piense en la cobertura PPO de acceso abierto como una cobertura nacional.

Puede consultar con cualquier prestador de servicios médicos que acepte Medicare. Eso equivale, aproximadamente, al 98 % de los prestadores de servicios médicos en todo el país. No es necesario que formen parte de la red de Blue Cross and Blue Shield (BCBS). Sus beneficios son los mismos tanto en casa como cuando viaja en los Estados Unidos. Los prestadores de servicios médicos presentarán las reclamaciones ante la aseguradora BCBS de su localidad. Si un prestador de servicios médicos indica que está fuera de la red o que no acepta la cobertura, muéstrole el folleto **“Sus prestadores de servicios médicos, su red personal”** incluido en este kit. El folleto explica su cobertura grupal para jubilados y cómo presentar reclamaciones. Llame antes de su consulta para asegurarse de que sus prestadores de servicios médicos estén al tanto y que lo aceptarán como paciente. **Tenga en cuenta lo siguiente: Incluso los prestadores de servicios médicos que aceptan Medicare pueden decidir a qué pacientes desean atender, salvo en caso de una emergencia. Es posible que algunos servicios médicos necesiten autorización previa de la aseguradora antes de que el profesional médico pueda continuar.**[†] La cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) es una cobertura Medicare Advantage PPO de acceso abierto. En ocasiones, puede recibir comunicaciones automatizadas que hacen referencia a la cobertura denominada “Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO)SM”. Este nombre de la cobertura también se refiere a la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO).

¡Importante!

- Debe ser un jubilado inscrito en las coberturas de la Parte A y Parte B de Medicare. Si aún no se ha inscrito, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o visite www.ssa.gov/es para solicitar cobertura en línea.
- Tiene que continuar pagando cualquier prima de la Parte A o de la Parte B, los recargos de la Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés) y las multas por solicitud de cobertura tardía según lo requiera el Gobierno Federal.
- Medicare tiene que aprobar la solicitud de cobertura para esta póliza antes de que usted sea oficialmente un asegurado. Por lo general, esto tarda aproximadamente 10 días hábiles.
- Revise todo lo que está incluido en este paquete para obtener información sobre su cobertura grupal para jubilados.
- Siga las instrucciones para solicitar cobertura que le proporcionó su administrador de beneficios.

Más ventajas de la cobertura de 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO): Beneficios y servicios adicionales para la salud y el bienestar.

Si bien se coordinó la cobertura grupal Medicare Advantage para jubilados con Medicare para proporcionarle las coberturas de las Partes A y B de Medicare, los asegurados también disfrutaron de estos beneficios y servicios adicionales para la salud, y el bienestar que la cobertura Original Medicare no incluye. Consulte el folleto adjunto sobre beneficios y servicios para la salud y el bienestar o los documentos de su póliza para obtener detalles de la cobertura.



Acondicionamiento físico diseñado para usted

El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®* le ayuda a alcanzar sus objetivos de salud y acondicionamiento físico y le ofrece acceso a miles de gimnasios y clases en persona y en línea dirigidas por instructores con certificación.



Consultas virtuales

Las consultas virtuales le permiten consultar a médicos o terapeutas independientes avalados en su especialidad, para situaciones que no sean de emergencia, por teléfono, por la aplicación móvil o por video en línea en cualquier momento, y en cualquier lugar. Hable con un médico o programe una cita en el momento que más le convenga. Es posible que su prestador de servicios médicos vigente ofrezca consultas virtuales.



Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Un enfermero titulado (registered nurse) capacitado para ayudarle si está enfermo o herido, y no está seguro de lo que debe hacer, atenderá su llamada.



Programa de recompensas

Reciba hasta \$100 en tarjetas de regalo por elegir Actividades en favor de la salud. Gane tarjetas de regalo por completar Actividades en favor de la salud a lo largo del año, como ir a su consulta anual de bienestar, vacunarse contra la influenza o completar una evaluación de riesgo de caídas.^

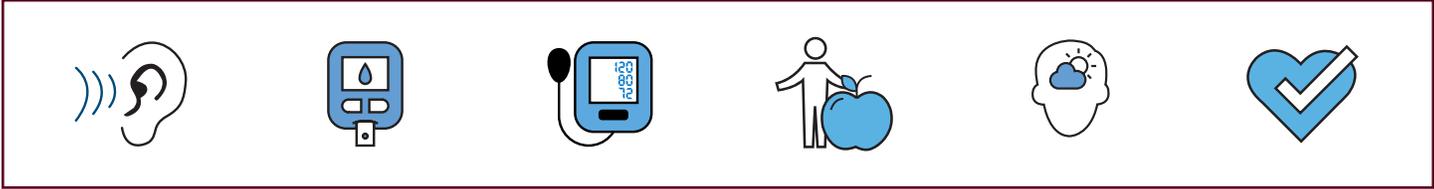
Las opciones de tarjetas de regalo incluyen tiendas nacionales reconocidas. Estas pueden ofrecer tarjetas electrónicas o físicas. El máximo anual de recompensas que puede ganar es de \$100 en tarjetas de regalo. **Tenga en cuenta lo siguiente:** *Las Actividades en favor de la salud están sujetas a cambios.*

* Express Scripts® Pharmacy es una farmacia que tiene un contrato para proporcionar servicios farmacéuticos de entrega a domicilio a los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

† Los prestadores de servicios médicos sin contrato no están obligados a cumplir nuestros requisitos de autorización previa; sin embargo, el asegurado o el prestador de servicios médicos pueden optar por solicitar una determinación de necesidad médica por adelantado, ya que los servicios deben cumplir los criterios de necesidad médica para tener cobertura.

‡ Las clases y los servicios varían según la ubicación.

^ Debe inscribirse para participar. Consulte www.BlueRewardsTX.com para inscribirse y consultar cuáles son las Actividades en favor de la salud (Healthy Actions) que le permiten ganar recompensas. Si no tiene acceso a Internet, llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Límite de \$100 de recompensa en tarjetas de regalo al año. Una recompensa por cada Actividad en favor de la salud al año. Las fechas de servicio de las Actividades en favor de la salud tendrán que coincidir con el año de cobertura vigente. Las Actividades en favor de la salud elegibles para recompensas están sujetas a cambios.



Servicios para la audición

La pérdida de la audición puede afectar su calidad de vida, tanto física como emocionalmente. La cobertura incluye beneficios y servicios con TruHearing** u otro prestador de servicios para la audición:

- 1 examen rutinario de audición por año sin copago con un coaseguro del 20%.
- Colocación y ajustes de audífonos.
- Asignación de \$2,000 para un audífono por oído que se adquieran tanto dentro como fuera de la red cada 3 años.

Programas para la hipertensión y la diabetes

Los programas de Teladoc^^ (anteriormente Livongo) ayudan a que sea más fácil vivir con hipertensión o diabetes. Mejore el control de la presión arterial con monitoreo gratuito en el hogar y apoyo personalizado. Si tiene diabetes tipo 1 o tipo 2, recibirá un medidor conectado, tiras y lancetas gratis. Ambos programas proporcionan asesoramiento.

Programas para el dolor musculoesquelético y crónico

Hinge Health^^ puede ayudarle a controlar el dolor crónico de espalda, rodilla o cadera sin intervenciones quirúrgicas ni medicamentos, y es similar a la fisioterapia en el hogar. Los cargos no superarán los \$995 por asegurado en 365 días.

Salud mental

Learn to Live*** ofrece acceso ilimitado a programas digitales sobre comportamiento con acceso a sesiones de asesoramiento clínico.

** TruHearing® es una marca comercial registrada de TruHearing, Inc., que es una compañía independiente que ofrece descuentos en audífonos.

^^ Teladoc Health y Hinge Health son compañías independientes que tienen un contrato con Blue Cross and Blue Shield of Illinois para proporcionar soluciones para el cuidado de la salud a los asegurados con cobertura de BCBSTX.

*** Learn to Live, Inc. es una compañía independiente que ofrece herramientas y programas de apoyo en línea relacionados con la salud conductual. Learn to Live es un programa educativo y no debe considerarse un tratamiento médico.

Medicare Advantage le ayuda a gestionar tanto su salud como su atención médica.

La cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) es una cobertura de atención médica administrada. Puede ayudar a reducir sus gastos y mejorar su salud al coordinar los cuidados médicos con sus prestadores de servicios médicos. Si nunca ha tenido una cobertura de atención médica administrada o actualmente solo tiene Original Medicare, es posible que encuentre algunas diferencias en la cobertura.

Cuidar su salud.

Una vez que esté asegurado con la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO), su cobertura se convierte en su aliada en lo relacionado con la salud. Le llamaremos para darle la bienvenida a la cobertura. Recibirá su tarjeta de asegurado y la guía de bienvenida por separado por correo postal. Además, nos comunicaremos durante el año con recordatorios útiles y consejos de salud. Si tiene un problema de salud específico, es probable que reciba comunicaciones personalizadas de nuestros expertos en atención médica. Nuestros coordinadores de servicios médicos pueden ayudarle a cuidar su salud y a encontrar el apoyo que necesita. Estas son algunas de las otras maneras en las que le podemos ayudar:

- evaluaciones médicas a domicilio;
- autocuidado de la diabetes;
- control de la presión arterial;
- buena alimentación y mantenimiento de un peso saludable;
- cese del consumo de tabaco o sustancias;
- control del estrés y servicios de salud mental;
- consejos de seguridad para el hogar.

Si bien no es obligatorio, se recomienda a los asegurados que no hayan seleccionado a un prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) que se pongan en contacto con uno. Un PCP puede conocerlo a lo largo del tiempo y entender sus necesidades de salud específicas. Esta relación puede mejorar los resultados de salud y reducir los costos de la atención médica.

Su cobertura también promueve la prevención. No solo muchos de los servicios como exámenes anuales de salud, revisiones de rutina y ciertas vacunas tienen cobertura al 100 por ciento, sino que también cuentan para el programa de recompensas. Cada año, puede cumplir con los requisitos para ganar hasta \$100 en tarjetas de regalo.

Es posible que reciba comunicaciones de empresas que trabajan con nosotros para gestionar su atención médica y ofrecer beneficios y servicios adicionales para la salud y el bienestar. No dude en ponerse en contacto con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta o si tiene dudas sobre alguna correspondencia que reciba sobre su cobertura. Y cuéntenos sobre cualquier necesidad especial que debamos conocer.

Administrar su atención médica.

Uso de la red

A menudo, las coberturas de atención médica administrada tienen una red de prestadores de servicios médicos a la que los asegurados tienen acceso. Este no es el caso de su cobertura. Al ser una cobertura de acceso abierto, le permite consultar a cualquier prestador de servicios médicos que acepte Medicare, quien se encargará de su tratamiento y de presentar las reclamaciones ante la aseguradora. Es posible que algunos prestadores de servicios médicos no estén familiarizados con las coberturas de acceso abierto y que las conozcan como coberturas PPO "pasivas" o "no diferenciadas". Si sus prestadores de servicios médicos tienen alguna duda sobre su cobertura, pueden llamarnos al número en su tarjeta de asegurado. Les explicaremos cómo funciona.

Determinación de tratamientos

Parte de la función de la cobertura es garantizar que los tratamientos y medicamentos sean los más adecuados para sus necesidades individuales. Es posible que se le pida que pruebe primero otro tipo de atención. O bien, su prestador de servicios médicos puede solicitar una autorización o aprobación previa de la aseguradora antes de que pueda recibir algunos servicios.

Portal protegido Blue Access for MembersSM (BAMSM)

Inscríbese en el portal protegido Blue Access for MembersSM (BAMSM) en www.bluemembertx.com.

BAM es un sitio web seguro y, al igual que nuestra aplicación móvil, está diseñado para brindarle un acceso rápido y fácil a la información de salud que necesita. También le permite:

- Acceder a su Evidencia de cobertura.
- Buscar prestadores de servicios médicos.
- Consultar el estado de las reclamaciones, y hasta 18 meses de actividad.
- Solicitar una tarjeta de asegurado o imprimir una tarjeta provisional.
- Y mucho más.



Si ya tiene una cuenta de BAM, no necesita crear una nueva.



Su tarjeta de asegurado tendrá la siguiente información:

Se le enviará por correo postal la tarjeta de asegurado. También puede encontrarla en BAM.

- **Su nombre.**
- **El nombre de su cobertura grupal de Medicare para jubilados.**
- **Su nuevo número de asegurado:** este número es único para usted.
- **Números de grupo y cobertura:** estos números solo los utiliza la aseguradora.
- **Copagos:** estos son los montos fijos que tal vez tenga que pagar cuando consulte a un prestador de servicios médicos.
- **Número de teléfono de Servicio al Cliente.**
- **Nuestro sitio web.**

Asegúrese de mostrar la nueva tarjeta a sus prestadores de servicios médicos. Recuérdeles que su tarjeta y número de asegurado anteriores ya no son válidos, incluso si era asegurado de BCBSTX antes de solicitar esta cobertura de Medicare Advantage. Si no usan la nueva tarjeta y el nuevo número de asegurado, no se podrán confirmar los beneficios y puede haber demoras a la hora de procesar sus reclamaciones.

Recuerde proteger su tarjeta de asegurado como si fuera una tarjeta de crédito o débito. No tendrá que usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios, así que no es necesario que la lleve consigo. Guárdela en un lugar seguro, no la lleve en su billetera.

Le recomendamos actualizar el número de Servicio al Cliente que tiene guardado en su teléfono u otros dispositivos con el número en su nueva tarjeta.

Preguntas frecuentes sobre Medicare y las coberturas Open Access Medicare Advantage

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. Una persona que esté por cumplir 65 años puede inscribirse en las Partes A y B de Original Medicare hasta tres meses antes del mes en que cumpla los 65 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 BCBSTX que tienen contrato con el gobierno para ofrecer cobertura de Medicare mediante una variedad de productos de seguro).

Parte D: cobertura para medicamentos recetados

IMPORTANTE: Para participar en una cobertura grupal de Medicare para jubilados, 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 solicitar cobertura tarde.

P. ¿Dónde puedo encontrar recursos adicionales de Medicare?

R. Los siguientes sitios web pueden ser útiles: [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov); www.ssa.gov/es; www.cms.gov.

P. ¿Cuándo debo solicitar cobertura de Medicare?

R. La solicitud de cobertura de Medicare se efectúa mediante la Administración del Seguro Social. El proceso lleva tiempo. Si planea jubilarse a los 65 años, le recomendamos solicitar cobertura tres meses antes de cumplir 65 años.

La mayoría de las personas deben solicitar cobertura de la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) durante el período inicial de inscripción. Este es el período durante el cual puede solicitar cobertura de Medicare por primera vez. Es un período de 7 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 de marzo al 30 de septiembre. La Administración del Seguro Social le enviará instrucciones para la solicitud de cobertura al comienzo de su Período inicial de inscripción (IEP, en inglés).

Si ya recibe beneficios del Seguro Social, se le asegurará automáticamente en la Parte A de Medicare al comienzo de su Período de inscripción inicial. Sin embargo, deberá ponerse en contacto con la Oficina 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/es para solicitar cobertura de Medicare.

P. ¿Cuándo entrará en vigor mi cobertura de las Partes A y B de Medicare?

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.

P. ¿Debo solicitar ambas coberturas, tanto la de Original Medicare como la de Medicare Advantage?

R. Tiene que hacer dos solicitudes de cobertura: Original Medicare y esta cobertura. Se requiere que solicite la cobertura de las Partes A y B de Medicare mediante el gobierno federal para cumplir con los requisitos para contratar cualquier cobertura Medicare, incluida esta cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan

(PPO). Para tener cobertura completa, tiene que inscribirse en las coberturas de la Parte A y B de Medicare y continuar pagando las primas correspondientes de ambas partes. Esto no es diferente de los años anteriores en virtud de los planes de cuidados médicos A&M Care y 65 Plus, que requería que los jubilados elegibles para Medicare y los derechohabientes asegurados solicitaran cobertura en la Parte A y la Parte B de Medicare. Consulte con la oficina de beneficios de su institución para saber cómo funcionará su cobertura de jubilado con Medicare. Para poder solicitar su cobertura grupal para jubilados, deberá obtener su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI, en inglés) de 11 caracteres.

Al solicitar la cobertura Medicare Advantage, deberá proporcionar el Número de Beneficiario, que se encuentra en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare junto con la fecha de entrada en vigor.

P. Ya tengo una cobertura de Medicare. ¿Continuaré teniendo mi cobertura médica existente?

R. Solo puede estar asegurado por una cobertura de Medicare a la vez. Cuando se apruebe su solicitud de cobertura grupal para jubilados, Medicare cancelará automáticamente la cobertura Medicare Advantage o el Seguro Suplementario de Medicare que tenía. Si tiene una cobertura de la Parte D, no se cancelará. Podemos ofrecerle apoyo a lo largo de este proceso.

P. ¿Cuándo entra en vigor mi cobertura grupal Medicare Advantage para jubilados?

A. La cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) entra en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en que se procesó la solicitud, o en la fecha de entrada en vigor de la Parte A y la Parte B de Medicare, lo que ocurra más tarde.

P. ¿Cuándo recibiré mi nueva tarjeta de asegurado de Medicare Advantage?

R. La recibirá en un plazo de 10 a 14 días después de que Medicare apruebe su solicitud de cobertura. Recibirá tres envíos por correo postal separados: una carta de acuse de recibo, seguida de una carta de confirmación y, luego, su nueva tarjeta de asegurado.

P. ¿Cuáles son los costos de Medicare que no cubre mi cobertura grupal para jubilados?

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. Usted paga una prima todos los meses por la cobertura de la **Parte B**. La mayoría de las personas pagará el monto de la prima estándar. La prima de su cobertura de la Parte B se deducirá automáticamente de su pago de beneficios si obtiene beneficios de una de las siguientes entidades:

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

Si no recibe alguno de estos pagos de beneficios, recibirá una factura de prima de la Parte B.

Las primas mensuales de la Parte B y la Parte D varían cada año. Y, si sus ingresos superan cierto límite, pagará un recargo directamente al gobierno además de su prima. Esto se denomina **IRMAA**: Determinación del Ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés). Cualquier recargo de IRMAA en la Parte B y en la Parte D se basa en el ingreso bruto ajustado modificado que figura en su declaración anual de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace dos años. Las personas que pagarán el recargo de la IRMAA recibirán un aviso de Medicare por correo postal.

Si ha experimentado un acontecimiento importante de la vida que haya reducido sus ingresos del hogar, puede solicitarle al Seguro Social que reduzca el monto adicional a pagar.

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

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

P. ¿Qué es una cobertura Medicare Advantage? ¿Cómo funciona con Original Medicare?

R. Las coberturas de Medicare Advantage agrupan su cobertura de la Parte A, la Parte B y, en ocasiones, la Parte D en una sola cobertura. Su cobertura BCBS Group Medicare Advantage no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare es mediante Express Scripts. Medicare Advantage, también conocido como la "Parte C de Medicare" debe cubrir toda la atención médica urgente y de emergencia, así como casi todos los servicios médicamente necesarios que ofrece Original Medicare. Sus derechos y protecciones son los mismos.

Las coberturas de Medicare Advantage de este tipo pueden ofrecer algunos beneficios y servicios adicionales, como una membresía de gimnasio, una línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas o un programa de descuentos. Estas coberturas también coordinan su atención médica y le ofrecen recursos para el control y la prevención de enfermedades. La cobertura se encarga de todas las reclamaciones y coordina los beneficios y servicios de Original Medicare por usted. No necesitará su tarjeta de Medicare para recibir servicios o medicamentos recetados, solo su tarjeta de asegurado de BCBSTX. Los costos de las primas mensuales y los servicios que recibe varían según su cobertura grupal para jubilados. Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B.

Para obtener más información sobre las coberturas de Medicare Advantage, consulte [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov).

P. ¿Puede mi cónyuge o pareja tener una cobertura diferente?

R. Todas las coberturas basadas en Medicare son coberturas individuales. Un jubilado y su cónyuge o pareja que cumplan con los requisitos deben solicitar cobertura de manera individual, aunque elijan la misma cobertura.

P. ¿Podré consultar a mis profesionales médicos vigentes?

R. En virtud de esta cobertura de Medicare Advantage Open Access, que es una cobertura PPO de acceso abierto "no diferenciada" o "pasiva", puede acudir a cualquier prestador de servicios médicos que: 1) acepte Medicare; 2) acepte atenderle como paciente; y 3) envíe las reclamaciones a la aseguradora. No es necesario que los prestadores de servicios médicos formen parte de ninguna red de Blue Cross and Blue Shield.

Los niveles de cobertura de los asegurados para los servicios incluidos son los mismos dentro y fuera del área de servicio de su cobertura en todo el país. No se requiere una orden médica para las consultas presenciales. Es posible que BCBSTX requiera la autorización previa para ciertos servicios de prestadores de servicios médicos que tienen contrato con Medicare Advantage.

Tenga en cuenta lo siguiente: Incluso los prestadores de servicios médicos que aceptan Medicare pueden decidir a qué pacientes desean atender, salvo en caso de una emergencia. Le recomendamos que confirme si sus prestadores aceptan su cobertura y si presentarán las reclamaciones al administrador de la cobertura de acceso abierto. **Comparta el documento adjunto "Sus prestadores de servicios médicos, su red personal" con sus prestadores de servicios médicos. El documento explica cómo funciona la cobertura y cómo presentar sus reclamaciones.**

P. ¿Mi prestador de servicios médicos podrá presentar reclamaciones fácilmente ante la cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)?

R. Hacemos que el proceso de reclamaciones sea sencillo. En lugar de presentar reclamaciones a Medicare, sus prestadores de servicios médicos las presentarán directamente a la aseguradora. Los prestadores de servicios médicos fuera de Texas pueden presentar reclamaciones ante la aseguradora BCBS local. Ellos conocen este proceso. Nos ocupamos de cualquier interacción con Medicare. 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. ¿Qué pasa si tengo un problema de salud preexistente?

R. Si tiene un problema de salud preexistente, no se le puede negar la cobertura, su cobertura no puede cancelarse ni tampoco se pueden negar las reclamaciones por servicios con cobertura.

P. Ya tengo un plan de cuidados médicos. ¿Continuaré teniendo mi cobertura médica existente?

R. Ofrecemos ayuda de un equipo de expertos que manejarán su atención médica mientras se hace la transición a la nueva cobertura. Esta ayuda se conoce como continuidad de la atención médica o coordinación de la atención médica.

P. ¿Mi cobertura incluye cualquier medicamento con receta?

R. Esta cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) cubre medicamentos o servicios que normalmente están cubiertos por la Parte B de Medicare. Su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare es mediante Express Scripts.

P. ¿Qué servicios médicos necesitan autorización previa?

R. La autorización previa se produce cuando un prestador de servicios médicos contratado necesita la aprobación de la aseguradora para prestar un servicio. El objetivo es garantizar que el tratamiento o servicio tengan cobertura de Medicare y sean lo mejor para el asegurado, así como también médicamente necesarios y seguros. Entre los procedimientos para los que se necesita una autorización previa, se incluyen los siguientes (no es una lista completa):

- Servicios de imagenología avanzada (imágenes por resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET]).
- Administración de servicios de laboratorio: pruebas de laboratorio moleculares y genómicas.
- Servicios musculoesqueléticos: para el dolor, las articulaciones y la columna vertebral (no incluye exámenes, terapia física y terapia ocupacional).
- Hospitalización que no es el resultado de una emergencia.
- Oncología médica ambulatoria, radioterapia, estudios del sueño y medicamentos especializados.
- Selección de equipo médico duradero.
- Algunos procedimientos que se efectúan como parte de una hospitalización.

Las consultas en la sala de emergencias y la observación durante veintitrés horas no necesitan autorización previa. Su prestador de servicios médicos colaborará con la aseguradora para obtener cualquier autorización previa que pueda necesitar y puede hablar con usted sobre otras opciones si es necesario.



P. ¿Qué sucede si no se completa una autorización previa?

R. Su prestador de servicios médicos es responsable de obtener una autorización previa para usted. Si no obtienen una autorización previa antes de proporcionar un servicio, es posible que la aseguradora no pague la reclamación y el prestador de servicios médicos tendría que cubrir el costo del servicio. No es necesario que pague por el servicio si el prestador de servicios médicos no completa la autorización previa que se necesita. Los prestadores de servicios médicos pueden solicitar una autorización previa llamando a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado o por fax. También pueden usar nuestro servicio de prestadores de servicios médicos mediante Availity® Essentials.*

P. ¿Tendré cobertura si viajo al extranjero?

R. Blue Cross 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, con médicos y a hospitales en más de 200 países de todo el mundo.

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

R. Recibirá su Explicación de beneficios de Blue Cross and Blue Shield of Texas. La frecuencia con la que la reciba dependerá de la frecuencia con la que consulte a un prestador de servicios médicos. La Explicación de beneficios es un estado de cuenta, no una factura. Sencillamente detalla lo que ha pagado e indica el nivel de beneficios que ha recibido.

Para Blue Cross and Blue Shield of Texas es un honor que nos confíe su atención médica.

Estamos comprometidos a brindarle un servicio excepcional, experiencia médica y conveniencia.



¿Tiene preguntas sobre su cobertura 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)?

Hable con su administrador de beneficios o consulte los detalles en los documentos de la cobertura.

O bien, llame a la línea de información Education Helpline para obtener más información. 1-855-476-4149 TTY: 711

Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo: todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los fines de semana y días festivos se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

Esta información no representa una descripción completa de los beneficios y servicios médicos incluidos en la cobertura. Los prestadores de servicios médicos no tienen la obligación de atender a los asegurados de BCBSTX, excepto en situaciones de emergencia.

El portal Healthy Activity es un sitio web cuya propiedad y administración corresponden a HealthMine, Inc., una compañía independiente que ha firmado un contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar herramientas y servicios digitales interactivos y personales para la salud y los cuidados clínicos para asegurados con cobertura mediante BCBSTX. BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

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.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura PPO. HCSC es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura depende de la renovación del contrato.