



**THE TEXAS A&M
UNIVERSITY SYSTEM**

The Texas A&M University SystemSM

2025

Resumen de Beneficios

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

En este documento, se le brinda un resumen de lo que incluimos y de lo que usted paga. No se indican todos los servicios que incluimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Y0096_0107TAMUSSB25SPA_M

764082.0524

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 a la Línea de Ayuda Informativa para obtener más información al 1-855-476-4149 (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.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare o llame al 1-855-476-4149 (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.

Comprensión de normas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su cobertura nueva 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.

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.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare.

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 **65 Plus Medicare Advantage Plan [PPO]**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

En este documento de Resumen de Beneficios, se le brinda un resumen de lo que incluye **65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)** y lo que usted debe pagar.

- 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.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.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este documento

- Lo que debe saber sobre **65 Plus Medicare Advantage Plan (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 1-855-476-4149 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre 65 Plus Medicare Advantage Plan (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 1-855-476-4149 (TTY: 711).
- Si no es un asegurado de este plan, llámenos al 1-855-476-4149 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare.

¿Quién puede registrarse?

Para inscribirse en **65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y ser jubilado, o bien ser un derechohabiente elegible para Medicare de un jubilado de Texas A&M University System. Nuestra área de servicio incluye cualquier lugar de los Estados Unidos.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores.

Puede consultar el *Provider Finder* y el *Directorio de Farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web (www.bcbstx.com/tamus-retiree-medicare).

O bien llámenos al 1-855-476-4149 (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, incluimos 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.

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 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

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

Prima mensual del plan	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.
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima de su bolsillo	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"> • \$750 por servicios que recibe de proveedores que forman y que no forman parte de la red.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INCLUIDOS

Hospital para pacientes internados	Nuestro plan incluye una cantidad ilimitada de días para una estadía en un hospital para pacientes internados. <u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total por estadía. <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total por estadía. Puede requerir autorización previa.
Hospital para pacientes no hospitalizados	<u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total. Puede requerir autorización previa.
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados	<u>Dentro de la red:</u> 5% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> 5% del costo total. Puede requerir autorización previa.
Visitas al consultorio del médico	<u>Dentro de la red:</u> Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago. Consulta con un especialista: 5% del costo total.

	<p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: \$0 de copago.</p> <p>Consulta con un especialista: 5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios de prevención incluidos por Original Medicare sin gastos compartidos.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p>	<p>5% del costo total por consulta.</p> <p>Cobertura de emergencia en el extranjero: 5% del costo total.</p> <p>El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma afección. Consulte la sección “Hospital para pacientes internados” de este documento a fin de conocer otros costos.</p>
<p>Servicios requeridos urgentemente</p>	<p>5% del costo total por consulta.</p> <p>Cobertura de urgencia en el extranjero: 5% del costo total.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/Servicios de laboratorio/Diagnóstico por imágenes</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 5% del costo total.</p> <p>Servicios de laboratorio: 5% del costo total.</p> <p>Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: 5% del costo total.</p> <p>Radiografías: 5% del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): 5% del costo total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 5% del costo total.</p> <p>Servicios de laboratorio: 5% del costo total.</p> <p>Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas: 5% del costo total.</p> <p>Radiografías: 5% del costo total.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como la radioterapia contra el cáncer): 5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

<p>Servicios para la audición</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: 5% del costo total.</p> <p><u>Audición de rutina:</u></p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): 20% del costo total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: 5% del costo total.</p> <p><u>Audición de rutina:</u></p> <p>Examen de audición de rutina (1 por año): 20% del costo total.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <p><u>Audífonos:</u></p> <p>\$2,000 de asignación por oído para audífonos dentro y fuera de la red cada tres años.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Incluido por Medicare: 5% del costo total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Incluido por Medicare: 5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

<p>Servicios para la vista</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): 5% del costo total para un examen de la vista. • Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: 5% del costo total. <p><u>Examen de la vista de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina (1 cada año): \$0 de copago. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen de detección anual de glaucoma): 5% del costo total para un examen de la vista. • Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: 5% del costo total. <p><u>Examen de la vista de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina (1 cada año): \$0 de copago. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios de salud mental</p>	<p>Medicare 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><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes internados:</p> <p>5% del costo total por estadía.</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: 5% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: 5% del costo</p>

	<p>total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Servicios de salud mental para pacientes internados: 5% del costo total por estadía.</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes no hospitalizados: 5% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes no hospitalizados: 5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1 al 20: \$0 de copago por día. Días 21 al 100: 5% del costo total por día.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Días 1 al 20: \$0 de copago por día. Días 21 al 100: 5% del costo total por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Fisioterapia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>5% del costo total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<p><u>Dentro de la red:</u></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): 5% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: 5% del costo total.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></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): 5% del costo total.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: 5% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Ambulancia	<p>Ambulancia terrestre: 5% del costo total por cada viaje de ida.</p> <p>Ambulancia aérea: 5% del costo total por cada viaje de ida.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Transporte	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 5% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 5% del costo total.</p> <p>Para medicamentos de insulina de la Parte B: 5% del costo total con un monto máximo de \$35 de copago mensual.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia: 5% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 5% del costo total.</p> <p>Para medicamentos de insulina de la Parte B: 5% del costo total con un monto máximo de \$35 de copago mensual.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios adicionales para los asegurados	
65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM	
Acupuntura para dolor lumbar crónico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Acupuntura de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura de rutina: 20% del costo total por consulta para un máximo de 30 consultas de acupuntura de rutina por año. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Acupuntura de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura de rutina: 20% del costo total por consulta para un máximo de 30 consultas de acupuntura de rutina por año. <p>Puede requerir autorización previa.</p>

**Beneficios
adicionales
para los
asegurados**

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

**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:

- 5% del costo total.

Atención quiropática de rutina:

- Servicios quiropáticos de rutina: 20% del costo total por consulta para un máximo de 30 consultas quiropáticas de rutina por año.

Fuera de la red:

Incluido por Medicare:

- 5% del costo total.

Atención quiropática de rutina:

- Servicios quiropáticos de rutina: 20% del costo total por consulta para un máximo de 30 consultas quiropáticas de rutina por año.

Puede requerir autorización previa.

**Beneficios
adicionales
para los
asegurados**

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

**Suministros y
servicios para la
diabetes**

Dentro de la red:

Suministros para el monitoreo de la diabetes

- El gasto compartido del 0% se limita a los suministros de prueba para diabéticos (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia para los productos de la marca Lifescan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio IQ, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Todos los demás suministros de prueba de personas diabéticas (medidores y tiras) estarán sujetos a un 5% de gastos compartidos.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

- \$0 de copago.

Calzado o plantillas ortopédicos

- 5% del costo total.

Fuera de la red:

Suministros para el monitoreo de la diabetes

- El gasto compartido del 0% se limita a los suministros de prueba para diabéticos (medidores y tiras) obtenidos a través de la farmacia para los productos de la marca Lifescan (OneTouch Verio Flex, OneTouch Verio Reflect, OneTouch Verio IQ, OneTouch Verio, OneTouch Ultra Mini y OneTouch Ultra 2). Todos los demás suministros de prueba de personas diabéticas (medidores y tiras) estarán sujetos a un 5% de gastos compartidos.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

- \$0 de copago.

Calzado o plantillas ortopédicos

- 5% del costo total.

Puede requerir autorización previa.

**Equipo médico
duradero (*sillas
de ruedas,
oxígeno, etc.*)**

Dentro de la red:

- 5% del costo total.

Fuera de la red:

- 5% del costo total.

Puede requerir autorización previa.

**Beneficios
adicionales
para los
asegurados**

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

<p>Programas de bienestar</p>	<p>\$0 de copago para el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers^{®†}.</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 participantes¹.</p> <p>¹ Usted tiene acceso a una red nacional de centros participantes en los que puede tomar clases.</p> <p>[†] SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</p>	<p>Exámenes y tratamiento de los pies incluidos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Servicios de podiatría de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de podiatría de rutina: Sin cobertura. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p><u>Incluido por Medicare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Servicios de podiatría de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de podiatría de rutina: Sin cobertura. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Enfermería de servicio privado</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red:</u></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>

**Beneficios
adicionales
para los
asegurados**

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

<p>Atención médica en el hogar</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Servicios para pacientes no hospitalizados por abuso de sustancias</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p>Consulta de terapia individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p>Consulta de terapia individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Dispositivos protésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total. <p>Puede requerir autorización previa.</p>

**Beneficios
adicionales
para los
asegurados**

65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

	<p>Suministros médicos relacionados</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <p>Dispositivos protésicos</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total. <p>Suministros médicos relacionados</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total.
Diálisis renal	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total. <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo total. <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Servicios de telemedicina	<ul style="list-style-type: none">• Atención médica inmediata virtual: \$10 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)
Centro de cuidados paliativos	<p>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.</p>

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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 español, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con un coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad mediante la siguiente información de contacto: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de 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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의 료 보 험 또는 약 품 보 험에 관한 질문에 답해 드리 고자 무료 통역 서비스를 제공하 고 있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-476-4149 (TTY/TDD: 711). 번으 로 문의해 주 십시오 . 한국어를 하는 담당자 가 도와 드릴 것입니 다 . 이 서비스는 무료로 운 영됩니 다 .

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 1-855-476-4149 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

سيقوم شخصاً يتحدث العربية إننا نقدم خدمات الم رتجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق -1-855-476-4149 (TTY/) بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على م رتجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (Arabic 711): بالصحة أو جدول الأدوية لدينا للحصول.

:TDD

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके कहीं भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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、1-855-476-4149 (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 1-855-476-4149 (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: 1-855-476-4149, TTY: 711

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

Sitio web de la organización: www.bcbstx.com