



BlueCross BlueShield  
of New Mexico

# New Mexico Retiree Health Care Authority (NMRHCA)

## Resumen de beneficios y servicios médicos

Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup>

1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Este folleto le proporciona un resumen de lo que tiene cobertura y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que tienen cobertura ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios incluidos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

Y0096\_TMPGRPMAPDSB21\_M NMRHCA

477034.102

# INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS MÉDICOS

1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir la cobertura para medicamentos con receta del Programa Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una opción es recibir las prestaciones del programa Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.</li> <li>• Otra opción es recibir sus beneficios de Medicare al inscribirse en una cobertura médica de Medicare, como las coberturas <b>Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)</b> o <b>Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)</b>.</li> </ul>	
<b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>	<p>El “Resumen de beneficios y servicios médicos” le proporciona un resumen de lo que las <b>coberturas Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)</b> o <b>Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)</b> cubren y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea comparar nuestras coberturas con otras coberturas médicas de Medicare, solicite los Resúmenes de beneficios y servicios médicos de las otras coberturas correspondientes. O use el Buscador de planes de Medicare en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</li> <li>• Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “<b>Medicare y usted</b>”. Consúltelo en línea en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>	
<b>Secciones de este folleto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información importante sobre la <b>cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) I</b></li> <li>• Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura</li> <li>• Cobertura para medicamentos con receta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información importante sobre la <b>cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)</b></li> <li>• Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura</li> <li>• Cobertura para medicamentos con receta</li> </ul>
<b>Horario de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</li> <li>• Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</li> </ul>	

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Números de teléfono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llame sin costo al 1-877-299-1008. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).</li> </ul>	
<b>¿Quiénes pueden solicitar cobertura?</b>	<p>Para inscribirse en la <b>cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)</b> o <b>Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)</b>, debe estar asegurado en las Partes A y B de Medicare, y ser jubilado o un derechohabiente elegible para Medicare de un jubilado de New Mexico Retiree Health Care Authority (NMRHCA).</p> <p>Nuestra área de servicio incluye al estado de Nuevo México.</p>	
<b>¿Cuáles son los médicos, los hospitales y las farmacias que puedo consultar?</b>	<p><b>Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)</b> tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores de servicios médicos. Si se atiende con prestadores de servicios médicos que no forman parte de nuestra red, es posible que el seguro no pague estos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos incluidos en la Parte D.</li> <li>Puede ver el <i>Directorio de prestadores de servicios médicos</i> o el <i>Directorio de farmacias</i> de nuestra cobertura en <a href="http://www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools">www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools</a>.</li> </ul>	
<b>¿Qué cubrimos?</b>	<p>Como todas las coberturas médicas de Medicare, incluimos todo lo que incluye Original Medicare y <i>más</i>. <b>Los asegurados de nuestra cobertura reciben <i>todos</i> los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para recibir algunas de estas prestaciones, quizás deba pagar más con nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare.</b> Para otras, quizás deba pagar menos. <b>Nuestros asegurados también reciben <i>más de lo que cubre Original Medicare</i>.</b> Algunas de las prestaciones adicionales se resumen en este folleto.</p> <p>Incluimos los medicamentos de la Parte D. Además, incluimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por prestadores de servicios médicos. Puede ver la lista de medicamentos de la cobertura (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en <a href="http://www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools">www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools</a>. Llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p>	
<b>¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?</b>	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de beneficio en la que esté. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de beneficio: Deducible, Cobertura inicial, Interrupción de la cobertura y Cobertura para enfermedades catastróficas.</p>	

# RESUMEN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS MÉDICOS

1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>PRIMA MENSUAL DE LA COBERTURA, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS INCLUIDOS EN LA COBERTURA</b>		
<b>¿Cuál es el costo de la prima mensual?</b>	Para obtener información sobre las primas reales que pagará, comuníquese con su empleador o con el administrador de la cobertura grupal de su empleador. Además, debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B del programa Medicare.	
<b>¿Cuánto es el deducible?</b>	Estas coberturas no tienen deducible médico.	
<b>¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios con cobertura?</b>	Sí. Como toda cobertura del programa Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales para los gastos de bolsillo de los servicios de atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año. <b>Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual de la cobertura y el costo compartido por los medicamentos con receta de la Parte D.</b>	
	Límite anual en esta cobertura:  \$3,000 por los servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red.	Límite anual en esta cobertura:  \$6,700 por los servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red.
<b>¿Hay un límite de lo que pagará la aseguradora?</b>	Nuestra póliza tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios complementarios. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre los servicios elegibles.	Nuestra póliza tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios complementarios. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre los servicios elegibles.

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CON COBERTURA</b>		
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>		
<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Límite de desembolso de \$1,250 por año</li> <li>Copago de \$125 por día para los días 1 a 5</li> <li>\$0 de copago por día para los días 6 al 90</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por estadía</li> </ul>
<b>ATENCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS</b>		
<b>Cirugía/atención hospitalaria para pacientes externos*</b>	<u><b>Hospital para pacientes externos</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$175</li> </ul> <u><b>Centro quirúrgico para pacientes externos</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$175</li> </ul>	<u><b>Hospital para pacientes externos</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$300</li> </ul> <u><b>Centro quirúrgico para pacientes externos</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$300</li> </ul>
<b>Visitas al consultorio médico*</b>	<u><b>Consultas con el médico de cabecera</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$10</li> </ul> <u><b>Consultas con especialistas</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$30</li> </ul>	<u><b>Consultas con el médico de cabecera</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$10</li> </ul> <u><b>Consultas con especialistas</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>copago de \$40</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Atención médica preventiva*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p>Nuestra cobertura incluye muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento por abuso de alcohol</li> <li>• Examen de densidad ósea</li> <li>• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia para la salud mental)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</li> </ul> <p><b>Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato tendrá cobertura.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p>Nuestra cobertura incluye muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Examen de detección de depresión</li> <li>• Exámenes de detección de diabetes</li> <li>• Examen de detección de VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Terapia para dejar de fumar (orientación para personas sin síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y antineumocócica</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de “bienestar”</li> </ul>
<b>Atención médica de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$65</li> </ul> <p>Si es ingresado al hospital dentro de las 24 horas por el mismo problema de salud, el copago por la consulta en la sala de emergencias es de \$0. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este folleto para informarse sobre otros costos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$90</li> </ul> <p>Si es ingresado al hospital dentro de las 24 horas por el mismo problema de salud, el copago por la consulta en la sala de emergencias es de \$0. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este folleto para informarse sobre otros costos.</p>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Servicios de urgencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$25</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$50</li> </ul>
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías*</b>	<p><b><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$50</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Radiografías para pacientes externos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>	<p><b><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$200</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Radiografías para pacientes externos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b><u>Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Servicios para la audición*</b>	<p><b><u>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <p><b><u>Exámenes rutinario de audición</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$30 por 1 examen de audición de rutina al año</li> </ul> <p><b><u>Audífonos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$300 por año para audífonos</li> </ul>	<p><b><u>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <p><b><u>Exámenes rutinario de audición</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$30 por 1 examen de audición de rutina al año</li> </ul> <p><b><u>Audífonos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$300 por año para audífonos</li> </ul>
<p>AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.</p>		
<b>Servicios dentales.*</b>	<p><b><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o remplazo de dientes)</u></b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>
<b>Servicios para</b>	<p><b><u>Examen para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de la vista</u></b></p>	



	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>la vista.*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> <li><b><u>Examen anual de detección de glaucoma</u></b></li> <li>• \$0 de copago</li> <li><b><u>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</u></b></li> <li>• .</li> <li><b><u>Examen rutinario de la vista</u></b></li> <li>• Copago \$10 por 1 examen ocular de rutina por año calendario</li> <li><b><u>Anteojos de rutina</u></b></li> <li>• Asignación de \$150 para anteojos de rutina (marcos y lentes de contacto) por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> <li><b><u>Examen anual de detección de glaucoma</u></b></li> <li>• \$0 de copago</li> <li><b><u>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</u></b></li> <li>• Copago de \$0 por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li><b><u>Examen rutinario de la vista</u></b></li> <li>• Copago \$10 por 1 examen ocular de rutina por año calendario</li> <li><b><u>Anteojos de rutina</u></b></li> <li>• Asignación de \$150 para anteojos de rutina (marcos y lentes de contacto) por año</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Atención médica para la salud mental*</b>	<b><u>Consulta como paciente hospitalizado</u></b> La aseguradora cubre hasta 190 días durante toda su vida para servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no tiene efecto sobre los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en un hospital general. Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es admitido para ser hospitalizado y finaliza cuando deja de recibir atención hospitalaria (o atención especializada en un asilo especializado) por 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un asilo especializado luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Pagará el deducible de paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficio. Nuestra cobertura incluye 90 días de hospitalización. Nuestra cobertura también incluye 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados se limitará a 90 días.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Límite de desembolso de \$1,250 por año</li> <li>Copago de \$125 por día para los días 1 a 5</li> <li>\$0 de copago por día para los días 6 al 90</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por estadía</li> </ul>
	<b><u>Consulta de terapia individual y de grupo para pacientes externos con un especialista en salud mental</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$40 de copago</li> </ul>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)*</b>	<b>Nuestras coberturas cubren hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día para los días 1 al 20</li> <li>Copago de \$75 por día para los días 21 al 100</li> </ul>	<b>Nuestras coberturas cubren hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día para los días 1 al 20</li> <li>Copago de \$50 por día para los días 21 al 100</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios*</b>	<p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Copago de \$10 por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</li> </ul> <p><b><u>Servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por una cantidad ilimitada de servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago</li> </ul> <p><b><u>Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago</li> </ul>	<p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Copago de \$10 por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</li> </ul> <p><b><u>Servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por una cantidad ilimitada de servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul> <p><b><u>Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul>
<b>Ambulancia* (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)</b>	<p><b><u>Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$100 por cada viaje de ida</li> </ul>	<p><b><u>Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por cada viaje de ida</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Transporte*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por un máximo de 4 viajes de ida por año a lugares aprobados por la cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por un máximo de 4 viajes de ida por año a lugares aprobados por la cobertura</li> </ul>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	<p><b><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Otros medicamentos de la Parte B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% del costo total</li> </ul>	<p><b><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Otros medicamentos de la Parte B</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% del costo total</li> </ul>

**BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA**

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Etapa 1: Deducible de la Parte D</b>	Debido a que no hay un deducible para medicamentos con receta en esta cobertura, esta etapa de pago no tiene relevancia en su caso.	Debido a que no hay un deducible para medicamentos con receta en esta cobertura, esta etapa de pago no tiene relevancia en su caso.
<b>Etapa 2: Cobertura inicial</b>	Pagará lo siguiente (vea las tablas a continuación) hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los \$4,130. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro seguro de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.	Pagará lo siguiente (vea las tablas a continuación) hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los \$4,130. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro seguro de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.

## Gastos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

Etapa de cobertura inicial: Farmacia estándar		
Farmacia estándar	Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) <sup>SM</sup> Cobertura I	Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) <sup>SM</sup> Cobertura II
Nivel 1: Genéricos preferentes	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
Nivel 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
Nivel 3: De marca preferente	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
Nivel 5: Nivel especializado	Suministro de un mes: 33%	Suministro de un mes: 25%
	Suministro de tres meses: 33%	Suministro de tres meses: 25%

**Etapa de cobertura inicial: Farmacia minorista preferente**

<b>Farmacia preferente</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro de un mes: \$5</b>	<b>Suministro de un mes: \$7</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$15</b>	<b>Suministro de tres meses: \$21</b>
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	<b>Suministro de un mes: 33%</b>	<b>Suministro de un mes: 25%</b>
	<b>Suministro de tres meses: 33%</b>	<b>Suministro de tres meses: 25%</b>

<b>Etapa de cobertura inicial: Farmacia de pedidos por correo estándar</b>		
<b>Pedido estándar por correo postal</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	<b>Suministro de un mes: \$5</b>	<b>Suministro de un mes: \$5</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$15</b>	<b>Suministro de tres meses: \$15</b>
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro de un mes: \$10</b>	<b>Suministro de un mes: \$12</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$30</b>	<b>Suministro de tres meses: \$36</b>
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$45</b>	<b>Suministro de un mes: \$45</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$135</b>	<b>Suministro de tres meses: \$135</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$95</b>	<b>Suministro de un mes: \$95</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$285</b>	<b>Suministro de tres meses: \$285</b>
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	<b>Suministro de un mes: 33%</b>	<b>Suministro de un mes: 25%</b>
	<b>Suministro de tres meses: 33%</b>	<b>Suministro de tres meses: 25%</b>



**Etapa de cobertura inicial: Entrega de medicamentos a domicilio preferente**

<b>Entrega a domicilio preferente</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	Suministro de un mes: \$0	Suministro de un mes: \$0
	Suministro de tres meses: \$0	Suministro de tres meses: \$0
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$7
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$21
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	Suministro de un mes: \$40	Suministro de un mes: \$40
	Suministro de tres meses: \$120	Suministro de tres meses: \$120
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	Suministro de un mes: \$90	Suministro de un mes: \$90
	Suministro de tres meses: \$270	Suministro de tres meses: \$270
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	Suministro de un mes: 33%	Suministro de un mes: 25%
	Suministro de tres meses: 33%	Suministro de tres meses: 25%

<b>Etapas de cobertura inicial: Farmacias fuera de la red y medicamentos para tratamientos a largo plazo (suministro de un mes)</b>		
	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Medicamentos para tratamientos a largo plazo, niveles 1 a 5</b>	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia.	
<b>Farmacias fuera de la red, niveles 1 a 5</b>	Puede comprar medicamentos en una farmacia que no participa en la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red. Por lo general, tiene que acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta.	

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Etapas 3: Interrupción de la cobertura</b>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción de la cobertura, también llamada "interrupción de la cobertura para medicamentos ("donut hole", en inglés). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción de la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance \$4,130.</p> <p>Consulte las tablas a continuación para conocer sus costos durante esta etapa. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$6,550.</p>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción de la cobertura, también llamada "interrupción de la cobertura para medicamentos ("donut hole", en inglés). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción de la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance \$4,130.</p> <p>Consulte las tablas a continuación para conocer sus costos durante esta etapa. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$6,550.</p>

**Etapa de interrupción de la cobertura: Farmacia estándar**

<b>Farmacia estándar</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
<b>Nivel 3: De marca preferentes</b>	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes</b>	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

**Etapa de interrupción de la cobertura: Farmacia preferente**

<b>Farmacia preferente</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro de un mes: \$5</b>	<b>Suministro de un mes: \$7</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$15</b>	<b>Suministro de tres meses: \$21</b>
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	<b>Suministro de un mes: 15%</b>	<b>Suministro de un mes: 15%</b>
	<b>Suministro de tres meses: 15%</b>	<b>Suministro de tres meses: 15%</b>

**Etapa de interrupción de la cobertura: Entrega de medicamentos a domicilio estándar**

<b>Entrega a domicilio estándar</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

**Etapa de interrupción de la cobertura: Entrega de medicamentos a domicilio preferente**

<b>Entrega a domicilio preferente</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferentes</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>	<b>Suministro de un mes: \$0</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>	<b>Suministro de tres meses: \$0</b>
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro de un mes: \$5</b>	<b>Suministro de un mes: \$7</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$15</b>	<b>Suministro de tres meses: \$21</b>
<b>Nivel 3: De marca preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>	<b>Suministro de un mes: \$40</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>	<b>Suministro de tres meses: \$120</b>
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferente</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>	<b>Suministro de un mes: \$90</b>
	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>	<b>Suministro de tres meses: \$270</b>
<b>Nivel 5: Nivel especializado</b>	<b>Suministro de un mes: 15%</b>	<b>Suministro de un mes: 15%</b>
	<b>Suministro de tres meses: 15%</b>	<b>Suministro de tres meses: 15%</b>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura I</b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)<sup>SM</sup> Cobertura II</b>
<b>Etapas 4: Cobertura para enfermedades catastróficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo total o</li> <li>• un copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos</li> </ul>	<p>Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (que incluye los medicamentos que compre en su farmacia y a través de pedidos por correo) alcance un total de \$6,550, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% del costo total o</li> <li>• un copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)<sup>SM</sup></b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)<sup>SM</sup></b>
<b>BENEFICIOS ADICIONALES PARA EL ASEGURADO</b>		
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Acupuntura</b>	<u><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que forman parte de la red: copago de \$0</li> </ul> <u><b>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15 por consulta hasta 20 consultas para acupuntura y otras terapias alternativas por año</li> </ul>	<u><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que forman parte de la red: copago de \$0</li> </ul> <u><b>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15 por consulta hasta 20 consultas para acupuntura y otras terapias alternativas por año</li> </ul>
<b>Atención quiropráctica*</b>	<u><b>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se mueven de su posición)</b></u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <u><b>Consultas de atención de rutina</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20 por un máximo de 36 consultas complementarias de rutina al quiropráctico por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <u><b>Consultas de atención de rutina</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total por un máximo de 36 consultas complementarias de rutina al quiropráctico por año</li> </ul>
<b>Servicios y suministros para la diabetes*</b>	<u><b>Suministros para el control de la diabetes</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <u><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>	<u><b>Suministros para el control de la diabetes</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <u><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>
<b>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre un 0% y un 20% del costo (0% para dispositivos médicos de seguridad únicamente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>



	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)<sup>SM</sup></b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)<sup>SM</sup></b>
<p>AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.</p>		
<b>Programas de bienestar</b>	<p>Copago de \$0 por el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers<sup>®†</sup>. Este beneficio incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. En los centros participantes, puede tomar clases y también usar equipos para ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX<sup>®</sup> le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales. SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand<sup>™</sup> y la aplicación móvil SilverSneakers GO<sup>™</sup>.  †SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc.</p>	
<b>Atención de los pies (servicios de podiatría)*</b>	<b><u>Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple ciertas condiciones</u></b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>
<b>Servicios del programa de tratamiento con opioides*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>
<b>Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes externos*</b>	<u>Consulta de terapia de grupo</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul>	<u>Consulta de terapia de grupo</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago</li> </ul>
	<u>Consulta de terapia individual</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul>	<u>Consulta de terapia individual</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago</li> </ul>

	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan I (HMO)<sup>SM</sup></b>	<b>Cobertura Blue Cross Group Medicare Advantage Plan II (HMO)<sup>SM</sup></b>
<b>Artículos de venta libre</b>	Asignación de \$20 por mes para comprar medicamentos de venta libre específicos y otros productos relacionados con la salud. La asignación mensual no utilizada se transferirá al mes siguiente, pero no al año siguiente.	Sin cobertura
AVISO: Es posible que los servicios con un * requieran una autorización previa o un referido de su médico.		
<b>Prótesis (<i>aparatos dentales, extremidades artificiales, etc.</i>)*</b>	<p><b><u>Prótesis</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>	<p><b><u>Prótesis</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>
<b>Comidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 por año después de una hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 por año después de una hospitalización</li> </ul>
<b>Diálisis renal*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>
<b>Servicios de telesalud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por atención médica inmediata; copago de \$40 por atención de salud mental para pacientes externos; copago de \$40 por consulta psiquiátrica de salud mental para pacientes externos a través de MDLive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por atención médica inmediata; copago de \$30 por atención de salud mental para pacientes externos; copago de \$30 por consulta psiquiátrica de salud mental para pacientes externos a través de MDLive.</li> </ul>
<b>Centros paliativos</b>	Usted no paga nada por atención médica para pacientes terminales en un centro para pacientes terminales con certificación de Medicare. Puede que deba pagar parte del costo total por los medicamentos y la atención médica de relevo. La atención en asilos fuera de la cobertura está incluida. Comuníquese con nosotros para obtener más información.	



**BlueCross BlueShield  
of New Mexico**

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: 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, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar una inconformidad en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-299-1008 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-299-1008 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-877-299-1008 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-299-1008 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-299-1008 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-299-1008 (TTY: 711)。

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-299-1008 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-299-1008 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-299-1008 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-299-1008 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-299-1008 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-299-1008 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-299-1008 (телетайп: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-299-1008 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرد. (TTY: 711) 1-877-299-1008

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-299-1008 (TTY: 711).



**BlueCross BlueShield  
of New Mexico**

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no participan en la red. Esta información no representa una descripción completa de las prestaciones. Llame al 1-877-299-1008 (TTY: 7-1-1), para obtener más información.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, proporciona las coberturas HMO. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de HCSC depende de la renovación del contrato.