



BlueCross BlueShield
of New Mexico

New Mexico Retiree Health Care Authority

Resumen de Beneficios

Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM

1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios incluidos, llámenos y solicite "prospecto de Evidencia de Cobertura de los Beneficios".

Y0096_TMPGRPMAPDSB22SPA_M NMRHCA

477034.0831

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM
Tiene opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare con pago por cada servicio). Medicare Original es administrado directamente por el Gobierno federal.• Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare mediante el ingreso en un Plan de Salud de Medicare (como Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)).
Consejos para comparar sus opciones de Medicare	<p>Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, solicite los cuadernillos de Resumen de beneficios de los otros planes. O use el localizador de coberturas Medicare en www.medicare.gov.• Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, 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 cuadernillo	<ul style="list-style-type: none">• Conceptos que debe conocer de Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)• Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos• Beneficios de los Medicamentos Recetados
Horario de Servicio	<ul style="list-style-type: none">• Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., hora local.• Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., hora local.
Números de Teléfono	<ul style="list-style-type: none">• Llame al número de teléfono gratuito 1-877-299-1008. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
¿Quién puede registrarse?	<p>Para suscribirse al Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO), debe estar inscrito en la Parte A y B, y ser jubilado o derechohabiente de un jubilado elegible para Medicare, de New Mexico Retiree Health Care Authority.</p>

Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM	
	Nuestra área de servicio incluye el estado de New Mexico.
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?	<p>El Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas de Medicamentos Parte D cubiertos. • Puede consultar el <i>Directorio de proveedores</i> de nuestro plan o el <i>Directorio de farmacias</i> en www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools.
¿Qué cubrimos?	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y <i>más</i>.</p> <p>Los miembros de nuestra cobertura obtienen <i>todos</i> los beneficios cubiertos por Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los asegurados de nuestro plan también obtienen <i>más de lo que cubre Medicare Original</i>. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo.</p> <p>Cubrimos medicamentos Parte D. Además, cubrimos Medicamentos Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Puede ver el formulario del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en www.bcbsnm.com/retiree-medicare-tools.</p> <p>Llámenos y le enviaremos una copia del formulario.</p>
¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?	<p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de cinco "categorías". Deberá utilizar su formulario para ubicar en qué categoría está su medicamento a fin de determinar cuánto le costará. La suma que abone depende de la categoría del medicamento y de qué etapa del beneficio usted ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de beneficios que se producen: Deducible, cobertura inicial, brecha en cobertura y cobertura catastrófica.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS INCLUIDOS		
¿Cuánto es la prima mensual?	Para obtener información sobre las primas que pagará, comuníquese con el grupo de su empleador o con el administrador del plan de beneficios del empleador. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	Para obtener información sobre las primas que pagará, comuníquese con el grupo de su empleador o con el administrador del plan de beneficios del empleador. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.
¿Hay algún límite respecto a cuánto pagaré por mis servicios incluidos?	Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege, ya que tiene límites anuales en los gastos de su bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los gastos de su bolsillo, continúa teniendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.	Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege, ya que tiene límites anuales en los gastos de su bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los gastos de su bolsillo, continúa teniendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.
	Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • \$3,000 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 	Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.
¿Hay un límite en el monto que pagaré el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios complementarios. Comuníquese con nosotros para obtener los servicios que aplican.	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios complementarios. Comuníquese con nosotros para obtener los servicios que aplican.

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS		
NOTA: Es posible que los servicios con un * requieran autorización previa o un referido de su médico.		
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN		
Atención en hospital para pacientes internados*	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,250 de límite de gasto de bolsillo por año • \$125 de copago por día para los días 1-5 • \$0 de copago por día para los días 6-90 	<ul style="list-style-type: none"> • \$500 de copago por estadía
SERVICIOS Y ATENCIÓN PARA PACIENTES NO HOSPITALIZADOS		
Atención hospitalaria/ cirugía ambulatoria*	<p><u>Atención hospitalaria ambulatoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago <p><u>Centro de cirugía ambulatoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago 	<p><u>Atención hospitalaria ambulatoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago <p><u>Centro de cirugía ambulatoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago
Consultas con el médico*	<p><u>Servicios del médico de atención primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p><u>Consulta con un especialista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago 	<p><u>Servicios del médico de atención primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p><u>Consulta con un especialista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Atención médica preventiva*	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, que incluyen:</p>	<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, que incluyen:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoría para el alcoholismo • Mediciones de masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) • Exámenes cardiovasculares • Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoría para el alcoholismo • Mediciones de masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia de la conducta) • Exámenes cardiovasculares • Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Examen de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Detección de obesidad y consejería • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Examen de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Detección de obesidad y consejería • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual • Asesoría para dejar de consumir tabaco (asesoría para personas sin signos de una enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas • Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una vez) • Consulta de "Bienestar" anual <p>Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual • Asesoría para dejar de consumir tabaco (asesoría para personas sin signos de una enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas • Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una vez) • Consulta de "Bienestar" anual <p>Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$65 de copago <p>Consulte la sección "Atención en Hospital para Pacientes Internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago <p>Consulte la sección "Atención en Hospital para Pacientes Internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.</p>
Servicios requeridos urgentemente	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías*	<p><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Radiografías ambulatorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<p><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Radiografías ambulatorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Servicios auditivos*	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago <p><u>Examen auditivo de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año <p><u>Aparatos auditivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de asignación para aparatos auditivos cada año 	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago <p><u>Examen auditivo de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año <p><u>Aparatos auditivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de asignación para aparatos auditivos cada año

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Servicios dentales*	<p><u>Servicios dentales limitados incluidos en Medicare (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Servicios dentales integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<p><u>Servicios dentales limitados incluidos en Medicare (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura <p><u>Servicios dentales integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Servicios para la vista*	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago <p><u>Examen anual de glaucoma</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas <p><u>Examen oftalmológico de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por 1 examen oftalmológico de rutina cada año <p><u>Elementos para la vista de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de asignación por elementos para la vista de rutina (armazones y lentes de contacto) cada año 	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago <p><u>Examen anual de glaucoma</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas <p><u>Examen oftalmológico de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por 1 examen oftalmológico de rutina cada año <p><u>Elementos para la vista de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de asignación por elementos para la vista de rutina (armazones y lentes de contacto) cada año

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO) SM Plan II
Atención de salud mental*	<p><u>Consulta de paciente internado</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital 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 de 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 atención durante hospitalización (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. Tiene que pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios, no hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.</p> <p>El plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,250 de límite de gasto de bolsillo por año • \$125 de copago por día para los días 1-5 • \$0 de copago por día para los días 6-90 	<p><u>Consulta de paciente internado</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital 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 de 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 atención durante hospitalización (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. Tiene que pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios, no hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.</p> <p>El plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$500 de copago por estadía

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
	<p><u>Consulta de terapia grupal e individual ambulatoria con un especialista en salud mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago 	<p><u>Consulta de terapia grupal e individual ambulatoria con un especialista en salud mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)*	<p>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1-20 • \$75 de copago por día para los días 21-100 	<p>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1-20 • \$50 de copago por día para los días 21-100

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Rehabilitación ambulatoria*	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca • \$10 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca <p><u>Servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por una cantidad ilimitada de servicios complementarios de rehabilitación cardíaca <p><u>Consulta de terapia ocupacional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p><u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago 	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca • \$10 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca <p><u>Servicios complementarios de rehabilitación cardíaca</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por una cantidad ilimitada de servicios complementarios de rehabilitación cardíaca <p><u>Consulta de terapia ocupacional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago <p><u>Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago
Ambulancia* <i>(Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)</i>	<p><u>Servicios terrestres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por cada viaje de ida <p><u>Servicios aéreos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por cada viaje de ida 	<p><u>Servicios terrestres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por cada viaje de ida <p><u>Servicios aéreos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por cada viaje de ida
Transporte*	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por hasta 4 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por hasta 4 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Medicamentos de Medicare Parte B*	<p><u>Medicamentos para quimioterapia de Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Otros Medicamentos Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total 	<p><u>Medicamentos para quimioterapia de Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Otros Medicamentos Parte B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS		
Etapa 1: Deducible de la Parte D	Debido a que no hay deducible para el medicamento recetado, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no hay deducible para el medicamento recetado, esta etapa de pago no se aplica a usted.
Etapa 2: Cobertura inicial	<p>Usted paga lo siguiente (consulte las tablas a continuación) hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,430.</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que tanto usted como nuestro plan de la Parte D pagan.</p> <p>Es posible que reciba sus medicamentos en las farmacias comerciales dentro de la red y en las farmacias de servicio por correo.</p>	<p>Usted paga lo siguiente (consulte las tablas a continuación) hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,430.</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que tanto usted como nuestro plan de la Parte D pagan.</p> <p>Es posible que reciba sus medicamentos en las farmacias comerciales dentro de la red y en las farmacias de servicio por correo.</p>

Costos Compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa de Cobertura Inicial: Farmacia Minorista Estándar		
Minorista estándar	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	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 Preferida		
Farmacia preferida	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$0	Suministro de un mes: \$0
	Suministro de tres meses: \$0	Suministro de tres meses: \$0
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$7
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$21
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$40	Suministro de un mes: \$40
	Suministro de tres meses: \$120	Suministro de tres meses: \$120
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$90	Suministro de un mes: \$90
	Suministro de tres meses: \$270	Suministro de tres meses: \$270
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 33%	Suministro de un mes: 25%
	Suministro de tres meses: 33%	Suministro de tres meses: 25%

Etapa de Cobertura Inicial: Servicio de Farmacia por Correo Estándar		
Servicio por correo estándar	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 33%	Suministro de un mes: 25%
	Suministro de tres meses: 33%	Suministro de tres meses: 25%

Etapa de Cobertura Inicial: Servicio de Farmacia por Correo Preferido		
Servicio por Correo Preferido	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$0	Suministro de un mes: \$0
	Suministro de tres meses: \$0	Suministro de tres meses: \$0
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$7
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$21
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$40	Suministro de un mes: \$40
	Suministro de tres meses: \$120	Suministro de tres meses: \$120
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$90	Suministro de un mes: \$90
	Suministro de tres meses: \$270	Suministro de tres meses: \$270
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 33%	Suministro de un mes: 25%
	Suministro de tres meses: 33%	Suministro de tres meses: 25%

Etapa de Cobertura Inicial: Atención médica a largo plazo y farmacias fuera de la red (suministro de un mes)		
	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Atención médica a largo plazo Categorías 1-5	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista.
Servicios que no forman parte de la red Categorías 1-5	Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.	Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Etapa 3: Brecha en cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura. Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,430.</p> <p>Consulte la tabla o tablas a continuación para conocer sus costos durante esta etapa. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura. Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,430.</p> <p>Consulte la tabla o tablas a continuación para conocer sus costos durante esta etapa. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050.</p>

Etapa de brecha en cobertura: Farmacia Minorista Estándar		
Minorista estándar	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

Etapa de brecha en cobertura: Farmacia Minorista Preferida		
Farmacia preferida	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$0	Suministro de un mes: \$0
	Suministro de tres meses: \$0	Suministro de tres meses: \$0
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$7
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$21
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$40	Suministro de un mes: \$40
	Suministro de tres meses: \$120	Suministro de tres meses: \$120
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$90	Suministro de un mes: \$90
	Suministro de tres meses: \$270	Suministro de tres meses: \$270
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

Etapa de brecha en cobertura: Servicio de Farmacia por Correo Estándar		
Servicio por correo estándar	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$5
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$15
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$10	Suministro de un mes: \$12
	Suministro de tres meses: \$30	Suministro de tres meses: \$36
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$45	Suministro de un mes: \$45
	Suministro de tres meses: \$135	Suministro de tres meses: \$135
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$95	Suministro de un mes: \$95
	Suministro de tres meses: \$285	Suministro de tres meses: \$285
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

Etapa de brecha en cobertura: Servicio de Farmacia por Correo Preferido		
Servicio por Correo Preferido	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Categoría 1: Genéricos preferidos	Suministro de un mes: \$0	Suministro de un mes: \$0
	Suministro de tres meses: \$0	Suministro de tres meses: \$0
Categoría 2: Genéricos	Suministro de un mes: \$5	Suministro de un mes: \$7
	Suministro de tres meses: \$15	Suministro de tres meses: \$21
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	Suministro de un mes: \$40	Suministro de un mes: \$40
	Suministro de tres meses: \$120	Suministro de tres meses: \$120
Categoría 4: Medicamento no preferido	Suministro de un mes: \$90	Suministro de un mes: \$90
	Suministro de tres meses: \$270	Suministro de tres meses: \$270
Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados	Suministro de un mes: 15%	Suministro de un mes: 15%
	Suministro de tres meses: 15%	Suministro de tres meses: 15%

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Etapa 4: Cobertura catastrófica	<p>Después de que los costos anuales de gastos de bolsillo por sus medicamentos (lo que incluye medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y pedido por correo) alcancen los \$7,050, usted paga el que resulte mayor de los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total o • Copago de \$3.95 por genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$9.85 por todos los otros medicamentos 	<p>Después de que los costos anuales de gastos de bolsillo por sus medicamentos (lo que incluye medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y pedido por correo) alcancen los \$7,050, usted paga el que resulte mayor de los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo total o • Copago de \$3.95 por genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$9.85 por todos los otros medicamentos

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
BENEFICIOS ADICIONALES DE MIEMBROS		
NOTA: Es posible que los servicios con un * requieran autorización previa o un referido de su médico.		
Acupuntura	<p><u>Acupuntura para dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago por consulta, con un máximo de 20 consultas para acupuntura y otras terapias alternativas cada año 	<p><u>Acupuntura para dolor lumbar crónico (cubierta por Medicare)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p><u>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago por consulta, con un máximo de 20 consultas para acupuntura y otras terapias alternativas cada año
Atención quiropráctica*	<p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago <p><u>Consultas de atención médica de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago por hasta 36 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año 	<p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Consultas de atención médica de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total por hasta 36 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año
Suministros y servicios para la diabetes*	<p><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare: \$0 de copago <p><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<p><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para diabéticos cubiertos por Medicare: \$0 de copago <p><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	<ul style="list-style-type: none"> • 0% - 20% del costo total (0% es únicamente para dispositivos de seguridad) 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total
Programas de Bienestar	<p>Copago de \$0 para el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers[†]</p> <p>Este beneficio incluye las clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. En las ubicaciones participantes, puede tomar clases, además de utilizar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX[‡] le ofrece opciones para que se mantenga activo fuera de los gimnasios tradicionales. SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y a recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand[™] y una aplicación móvil, SilverSneakers GO[™].</p> <p>[†] SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.</p>	<p>Copago de \$0 para el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers[†]</p> <p>Este beneficio incluye las clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. En las ubicaciones participantes, puede tomar clases, además de utilizar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX[‡] le ofrece opciones para que se mantenga activo fuera de los gimnasios tradicionales. SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y a recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand[™] y una aplicación móvil, SilverSneakers GO[™].</p> <p>[†] SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.</p>
Cuidado de los pies (servicios de podología)*	<p><u>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago 	<p><u>Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare si presenta daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago
Atención médica en el hogar*	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Servicios del programa de tratamiento de opioides*	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Servicios Ambulatorios de Tratamiento de Abuso de Sustancias*	<p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago 	<p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago
Elementos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de asignación cada mes para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. La asignación mensual no utilizada se transferirá al mes siguiente, pero no se transferirá al año siguiente. 	Sin cobertura
Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)*	<p><u>Dispositivos ortopédicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total 	<p><u>Dispositivos ortopédicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total
Comidas	<ul style="list-style-type: none"> • Tres instancias por año después de la estadía como paciente internado 	<ul style="list-style-type: none"> • Tres instancias por año después de la estadía como paciente internado
Diálisis renal*	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Servicios de telesalud complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por atención urgente; \$40 de copago por salud mental ambulatoria; \$40 de copago por consulta ambulatoria para atención médica psiquiátrica a través de MDLive. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por atención urgente; \$30 de copago por salud mental ambulatoria; \$30 de copago por consulta ambulatoria para atención médica psiquiátrica a través de MDLive.

	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan I	Blue Cross Group Medicare Advantage (HMO)SM Plan II
Centro de cuidado paliativo	No paga nada por cuidados paliativos desde un centro paliativo 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 paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.	No paga nada por cuidados paliativos desde un centro paliativo 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 paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.



BlueCross BlueShield of New Mexico

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

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de lenguaje gratuito a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - 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 ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, una discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante la siguiente entidad: 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. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

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

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)

Hay formularios de reclamos 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 the 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/TDD: **711**).

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

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kójjí' hódíłnih **1-877-299-1008** (TTY/TDD: **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/TDD: **711**).

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

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **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/TDD: **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/TDD: **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/TDD: **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/TDD: **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/TDD: **711**) पर कॉल करें।

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

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



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar 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 costos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-299-1008 (TTY: 711) para obtener más información.

Los planes HMO son proporcionados por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal (HCSC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes de HCSC depende de la renovación del contrato.