



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Resumen de Beneficios

Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM

1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

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 cubiertos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

Y0096_8634009SB23SPA_M

485680.1022

Lista de Verificación Previa a la Inscripción

Antes de decidir inscribirse en el plan, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y conversar con un representante del Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Comprensión de los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial para aquellos servicios para los que habitualmente suele consultar a un médico. Para ver una copia de la EOC, visite getbluenm.com/dsnp o llame al 1-877-688-1813.
- Revise el *Provider Finder* (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora forman parte de la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que es probable que tenga que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que usa para adquirir cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para adquirir sus medicamentos con receta.

Comprensión de Normas Importantes

- Además de la prima mensual de su plan, tiene que continuar pagando su prima de la póliza de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima de la póliza se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas de la póliza, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero del 2024.

Resumen de Beneficios del 2023

Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) es un plan PPO SNP Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

La información proporcionada sobre los beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-877-688-1813 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en getbluenm.com/dsnp.

Para registrarse en **Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New Mexico: Bernalillo, Chaves, Curry, Doña Ana, Otero, Quay, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia.

Excepto en situaciones de emergencia, si usted recurre a los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios, a menos que se indique lo contrario en su Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte 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), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande.

Para obtener más información, llámenos al 1-877-688-1813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados, o bien visite getbluenm.com/dsnp.

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Prima Mensual del Plan (<i>incluye medicamentos y servicios médicos</i>)	Usted paga \$0 - \$22.80 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Reducción de la prima de la Parte B (si procede)	Este plan no cuenta con reducción de la prima de la Parte B.
Deducible	\$0 o \$233
Responsabilidad máxima del bolsillo (<i>no incluye los medicamentos con receta de la Parte D</i>)	<p>En este plan, es posible que no tenga que pagar nada por los servicios incluidos de Medicare, según su categoría de elegibilidad para Medicaid New Mexico.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$7,550 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$11,300 por servicios que recibe de proveedores fuera de la red. • \$11,300 por servicios que recibe de cualquier profesional de la salud. Su límite por servicios recibidos de proveedores dentro de la red y su límite por servicios recibidos de proveedores fuera de la red se considerarán para este límite. <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, continúa teniendo servicios hospitalarios y médicos incluidos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Consulte el manual "Medicare y Usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios incluidos de Centennial Care (Medicaid), consulte la sección Cobertura de Medicaid de este documento.</p> <p>Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Paciente internado	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90 • \$0 o \$778 de copago por día por cada período de beneficios (por un máximo de 60 días de por vida) <p>Estos montos pueden modificarse para el 2023.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar 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>
Atención hospitalaria ambulatoria	<p>Dentro de la Red: Un 0% o un copago de 20% del costo total</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total</p>
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados (ASC, en inglés)	<p>Dentro de la red: 0% o 20% del costo total</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Consultas al doctor <ul style="list-style-type: none"> ◦ Profesional de la salud primaria ◦ Especialistas 	<p><u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total ◦ Fuera de la Red: 40% del costo total <p><u>Especialistas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total ◦ Fuera de la Red: 40% del costo total
Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	<p>Dentro de la Red: \$0 de copago</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total</p> <p>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas</p> <p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.</p> <p>*Hay otros servicios de prevención disponibles. Hay algunos servicios incluidos que tienen un costo. Consulte la EOC para obtener más información.</p>
Atención de Emergencia	<p>0% o 20% del costo total hasta un máximo de \$95 por consulta</p> <p>El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección. Consulte la sección "Internaciones Hospitalarias" de este documento para conocer otros costos.</p>
Servicios Requeridos Urgentemente	<p>Un 0% o 20% del costo total hasta \$60 por consulta</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
<p>Servicios de diagnóstico/exámenes de laboratorios/diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada ◦ Radiografías ◦ Pruebas y procedimientos de diagnóstico ◦ Servicios de laboratorio 	<p><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un 0% o un Copago de 20% del costo total en una clínica independiente, y un 0% o 20% del costo total por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Servicios de laboratorio</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Radiografías ambulatorias</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
	<ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
<p>Servicios auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Examen auditivo cubierto por Medicare ◦ Examen auditivo de rutina ◦ Audífonos 	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Examen auditivo de rutina</u></p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año <p><u>Colocación/evaluación de audífonos</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago • La compra incluye consultas ilimitadas a proveedores para implantes y ajustes en un período de 12 meses a partir de la fecha de compra de los audífonos. <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por 1 consulta de ajuste y evaluación del audífono cada dos años <p><u>Audífonos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay un límite máximo de cobertura del plan de \$2,000 para audífonos (ambos oídos combinados) adquiridos dentro o fuera de la red cada año.

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
<p>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◦ Servicios dentales preventivos ◦ Servicios Dentales Complementarios 	<p><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <p><u>Limpiezas</u></p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un máximo de 1 limpieza(s) por año <p><u>Exámenes bucales</u></p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un máximo de 1 exámenes bucales por año <p><u>Servicios dentales integrales</u></p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura anual máxima de \$3,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Examen de la vista cubierto por Medicare ◦ Anteojos cubiertos por Medicare ◦ Examen oftalmológico de rutina ◦ Anteojos de rutina 	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Examen oftalmológico de rutina</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año <p><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
	<p><u>Elementos para la vista de rutina</u></p> <p>Lentes de contacto</p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago. <p>Armazones para anteojos</p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por 1 par de armazones de anteojos cada año <p>Cristales de anteojos</p> <p>Dentro y Fuera de la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por 1 par de cristales de anteojos cada año (solo para lentes estándar. No se incluyen los lentes progresivos) <p>Límite máximo de cobertura del plan de \$250 dentro y fuera de la red por anteojos de rutina cada año (incluidos los armazones, los cristales para anteojos y los lentes de contacto)</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de salud mental para pacientes internados ◦ Consulta de terapia individual o grupal para pacientes no hospitalizados 	<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, por sus siglas en inglés) están basados en periodos 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 periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; • \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90 <p>Estos montos pueden modificarse para el 2023.</p> <p><u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
	<p><u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$194.50 de copago por día para los días 21 a 100. <p>Estos montos pueden modificarse para el 2023.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</p>
Fisioterapia	<p>Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u> (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas)</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Consulta de terapia ocupacional</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Ambulancia	<p>Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total por cada viaje de transporte terrestre de ida o regreso, un 0% o un 20% del costo total por cada viaje de transporte aéreo de ida o regreso.</p> <p>Fuera de la Red: un 0% o un 20% del costo total por cada viaje de transporte terrestre de ida o regreso, 20% del costo total por cada viaje de transporte aéreo de ida o regreso.</p>
Transporte	\$0 de copago por hasta 30 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Medicamentos de Medicare Parte B	<p>Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. Un 0% o un 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total para medicamentos para quimioterapia. 40% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
Deducible	<p>De \$0 a \$505 (según sus ingresos y su condición institucional) por año para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentra, incluso si todavía no ha pagado su deducible.</p>
Cobertura inicial	<p>En función de sus ingresos y su condición institucional, usted paga lo que se indica a continuación después de pagar su deducible anual, si corresponde:</p> <p>Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.45; un copago de \$4.15 o un 15% del costo total por receta médica. <p>Todos los demás medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.30; un copago de \$10.35 o un 15% del costo total por receta médica. <p>Es posible que reciba sus medicamentos en las farmacias comerciales dentro de la red y en las farmacias de servicio por correo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.</p>

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
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 \$4,660.</p> <p>Etapa de Interrupción en la Cobertura</p> <p>Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un 25% del costo del plan por los medicamentos incluidos de marca y un 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos incluidos hasta que el costo total sea de \$7,400, que es el final de la interrupción en la cobertura.</p> <p>No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.</p>
Cobertura catastrófica	<p>En función de sus ingresos y su estado institucional, 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 \$7,400, su parte de los costos por un medicamento incluido será lo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0; o • Un coseguro o un copago, cual fuera la suma mayor: <ul style="list-style-type: none"> ◦ - ya sea - un coseguro del 5% del costo del medicamento ◦ - o - \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. • Nuestro plan paga el resto del costo

Primas y Beneficios	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
<p>Cobertura para casos catastróficos <i>(después de que usted u otros en su nombre paguen \$7,400)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Medicamentos genéricos ◦ Medicamentos de marca 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor) <p>Medicamentos de Marca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)
Los gastos compartidos pueden variar en función de la farmacia que elija.	

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM
Acupuntura para lumbago crónico	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Atención quiropráctica	<p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación cubierta por Medicare</u> (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
<p>Suministros y servicios para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministros para el monitoreo de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado o plantillas ortopédicos 	<p><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></p> <p>Dentro de la Red: Un 0% o 20% del costo total</p> <p>Servicios fuera de la red: un 0% o 20% del costo total</p> <p><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></p> <p>Dentro de la Red: \$0 de copago</p> <p>Fuera de la Red: 40% del costo total</p> <p><u>Calzado o plantillas ortopédicos</u></p> <p>Dentro de la Red: Un 0% o un 20% del costo total</p> <p>Fuera de la Red: Un 0% o 20% del costo total</p>

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
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[®] ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand[™] y una aplicación móvil, SilverSneakers GO[™]. Además, obtiene acceso a GetSetUp3, con miles de clases en línea en vivo para fomentar su interés en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número personal de id. de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información acerca de su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.</p> <p>Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las instalaciones participantes (PL, en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL. 2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales guiadas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. 3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. ("Tivity") ni está operado por Tivity Health, Inc. o sus filiales. Los usuarios deben contar con servicio de Internet para poder utilizar el servicio de GetSetUp. Los cargos del servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se apliquen cargos por el acceso a ciertas clases o funciones de GetSetUp.

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
	<p>Blue Cross[®], Blue Shield[®] y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.</p> <p>† SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.</p>
Flex Card (Tarjeta Flex)	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p>La tarjeta de gastos flexibles es una tarjeta de débito precargada que se puede utilizar para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo de los servicios de sus proveedores dentales, de la visión y de la audición.</p>
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>)	<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> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Atención médica en el hogar	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias	<p><u>Consulta de terapia grupal</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total <p><u>Consulta de terapia individual</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Elementos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> • Límite de cobertura del plan de \$205 cada 3 meses para medicamentos de venta libre específicos y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) SM
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>)	<p><u>Dispositivos ortopédicos</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total <p><u>Suministros médicos relacionados</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo total
Comidas	<ul style="list-style-type: none"> • 2 comidas al día, durante 14 días. Ocurrencias ilimitadas anualmente después de una hospitalización
Diálisis renal	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% o 20% del costo total <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo total
Servicios de telemedicina	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM
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.

BENEFICIOS DE MEDICAID New Mexico

MIEMBROS ELEGIBLES PARA MEDICAID New Mexico

Una persona que es elegible para Medicare y Medicaid, y que se encuentra inscrita en el plan Blue Cross and Blue Shield of New Mexico de Medicaid, se puede inscribir en el plan Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) a fin de obtener sus servicios de Medicare.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Los beneficios que se describen en la sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Incluidos del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio que se indica a continuación, usted puede revisar lo que cubre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Centennial Care (Medicaid) y lo que cubre este plan Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP). Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su categoría de elegibilidad de Medicaid.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS COMPARTIDOS Y COPAGO

En el plan Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP), el miembro recibe ayuda para cubrir gastos por parte de Medicare a través del programa Medicaid estatal. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su categoría de elegibilidad de Medicaid. Independiente de su categoría de elegibilidad para Medicaid, Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Incluidos del Resumen de Beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-877-688-1813 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las categorías de elegibilidad para Medicaid y el monto de gastos compartidos del miembro se indican a continuación:

SI ES UN BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE (QMB)

Tiene derecho a pagar las primas de la póliza de Medicare, así como los montos de deducible y de coseguro en los servicios incluidos de Medicare. Para cumplir con los requisitos, ya debe tener cobertura de la Parte A de Medicare (seguro hospitalario); de lo contrario, debe ser elegible con ciertas condiciones. Medicaid pagará sus primas de la póliza de Medicare, sus deducibles y cargos de coseguro únicamente por los servicios incluidos de Medicare.

SI ES UN BENEFICIARIO DE MEDICARE DE BAJOS INGRESOS ESPECIFICADOS (SLMB)/PERSONA ELEGIBLE (Q11)

Usted tiene derecho a pagar las primas de la póliza de la Parte B de Medicare. En el caso de los SLMB, sus ingresos deben ser inferiores a un 120% del monto que se indica en las Guías del Índice Federal de Pobreza. En el caso de las QI1, sus ingresos deben fluctuar entre un 120% y un 135% del monto que se indica en las Guías del Índice Federal de Pobreza. Usted debe estar inscrito en la Parte A de Medicare. Medicaid no paga la prima de la póliza de la Parte A de Medicare. Debido a que el pago de la prima de la póliza de la Parte B de Medicare es el único beneficio, no se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

SI ES UN EMPLEADO CALIFICADO Y DISCAPACITADO (QWDI)

En el caso de un QWDI, la cobertura de Medicaid se limita al pago de la prima de la póliza de la Parte A de Medicare. No se emite ninguna tarjeta de Medicaid.

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura se limita a acupuntura cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico
Ambulancia	Si ocurre una emergencia, no es necesario llamar a BCBSNM antes de acudir a un centro o llamar al 911 para solicitar servicios de ambulancia de emergencia. En caso de emergencia, no tiene que preocuparse de si la ambulancia forma parte de la red de Blue Cross Community Centennial.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Quimioterapia y radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Estos servicios se encuentran cubiertos y es necesario obtener una autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Atención quiropráctica	<ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Servicios Dentales	Los servicios para los miembros que cumplen con los requisitos están cubiertos a través de un programa administrado por DentaQuest. Un examen bucal completo cada 12 meses para miembros de todas las edades. Se ofrece atención médica dental de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Suministros y servicios para la diabetes	Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías (Los costos de estos servicios pueden variar si se reciben en un centro de cirugía ambulatoria)*	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas y obtención de imágenes médicas, además de otras pruebas de diagnóstico que dependen de los servicios específicos. Las tomografías por emisión de positrones (PET), las angiografías por resonancia magnética (MRA), las resonancias magnéticas (MRI) y las tomografías computarizadas (CT) están cubiertas y requieren autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Consultas con el médico	<ul style="list-style-type: none"> Consultas al consultorio de los PCP o especialistas, incluidos nutricionistas, enfermeros profesionales y asistentes médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	<p>Suministros médicos; equipo médico duradero.</p> <p>Todos los suministros médicos que tenga un valor igual o superior a \$1,500 requieren autorización previa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y hable con un Coordinador de Servicios Médicos o un Profesional Asignado al Caso para obtener más información. Se requiere autorización previa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Atención de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de ambulancias terrestre y aérea cubierto. El servicio de ambulancia aérea requiere autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Podología (los servicios de pies y tobillos requieren autorización previa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Servicios auditivos	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios para la audición están cubiertos y requieren autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Atención médica en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de atención médica en el hogar y los servicios por vía intravenosa están cubiertos y requieren una autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales de hospitalización, servicios para pacientes no hospitalizados, evaluaciones, análisis y asesoramiento; esto se aplica a todas las edades sin autorización previa. Los servicios de hospitalización para pacientes psiquiátricos se aplican a todas las edades y requieren autorización previa. La hospitalización parcial requiere una autorización previa si esta supera los 45 días. Los servicios de terapia, las pruebas psicológicas y los servicios integrales de apoyo a la comunidad están cubiertos; es posible que se necesite autorización previa para los servicios que superen la cobertura principal 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de rehabilitación para pacientes no hospitalizados están cubiertos y requieren autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias	<p>Los servicios intensivos para pacientes no hospitalizados de tratamiento para el abuso de sustancias y los trastornos concurrentes se aplican a los miembros de todas las edades sin necesidad de obtener una autorización previa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Cirugía para pacientes no hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> Las cirugías secundarias que dependen de un servicio específico están cubiertas. Cirugía, incluida la atención preoperatoria y posoperatoria, que depende de una cirugía requiere una autorización previa. Cirujano asistente, anestesiólogo, trasplantes de órganos; todos los trasplantes y las evaluaciones previas a un trasplante requieren autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Servicios de Rehabilitación Especial	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de rehabilitación especial, como la terapia física, la terapia ocupacional, la terapia del habla, la terapia cardíaca y la rehabilitación pulmonar están cubiertos y requieren autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Elementos de venta libre	<ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)	La cobertura protésica depende del número de sección del código de procedimiento y requiere una autorización previa	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura
Diálisis renal	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de diálisis están cubiertos y requieren una notificación previa. 	<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Transporte	<p>MotivCare* coordina toda la transportación que no sea de emergencia para los miembros, incluidos los gastos de comida y alojamiento, cuando es necesario realizar un viaje de larga distancia para recibir atención médica cubierta. Los viajes para las citas de rutina, el reembolso de millas y el transito público están cubiertos.</p> <p>* MotivCare Solutions, LLC, es una compañía independiente que administra los servicios de transportación para Blue Cross Community Centennial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Servicios Requeridos Urgentemente	<p>Se brinda atención médica inmediata para enfermedades o lesiones repentinas que no ponen en riesgo su vida en centros que forman parte de la red de Blue Cross Community Centennial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Servicios para la vista	El cuidado de la vista de rutina, los anteojos y los chequeos de los ojos están cubiertos en cualquier momento y se aplican a los miembros de todas las edades a través de un programa administrado por Davis Vision.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Atención médica preventiva	<p>La atención médica preventiva es para todos e incluye las consultas preventivas para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. Los servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) se brindan a todos los niños elegibles de Medicaid desde su nacimiento hasta los 21 años. Blue Cross Community Centennial proporcionará cheques y servicios de prevención a través de los profesionales de la salud. Otros exámenes preventivos recomendados incluyen mamografías para mujeres de entre 40 y 69 años cada uno o dos años. Asimismo, tanto hombres como mujeres que tengan 50 años se deben someter a exámenes de detección de cáncer de colon. Las consultas de rutina con el médico de cabecera (PCP) están cubiertas como medidas preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Segundas opiniones	Es posible que los miembros no estén de acuerdo con un PCP o especialista, tengan inquietudes y necesiten más información sobre la enfermedad u otro tratamiento. En estos casos, se requiere autorización previa para la segunda opinión.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Centro de Cuidado Paliativo	Los centros paliativos están cubiertos con una autorización previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Servicios para el embarazo y la maternidad	Los servicios para el embarazo y la maternidad están cubiertos.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Atención en hospital para pacientes internados	Servicios hospitalarios (para pacientes internados y pacientes no hospitalizados; están cubiertos con autorización previa).	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Centros de salud escolares	Servicios incluidos que no requieren autorización previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Cirugía bariátrica	Servicio incluido que requiere autorización previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Centro de enfermería especializada (SNF)	La enfermería especializada está cubierta y se requiere autorización previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
Beneficios de los Medicamentos Recetados	La <i>Lista de Medicamentos de Blue Cross Community Centennial</i> es una lista en la que se indican los medicamentos que están cubiertos.	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura
INFORMACIÓN ADICIONAL		
Beneficios con Cobertura Adicionales	Los Beneficios con Cobertura Alternativos (ABP) forman parte del programa Medicaid de New Mexico. Los ABP ofrecen cobertura para los adultos elegibles para Medicaid que tienen entre 19 y 64 años, y cuentan con un ingreso de hasta un 138% del Índice Federal de Pobreza (FPL).	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Servicios de Valor Agregado	<p>Además de cubrir los servicios que exige la ley estatal, Blue Cross Community Centennial ofrece servicios adicionales para ayudarlo a que usted y su familia se mantengan sanos. Algunos servicios no están siempre disponibles durante todo el año, y es posible que tengan límites y pasos adicionales. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-688-1813 para obtener más información.</p> <p>Nota: Los servicios pueden cambiar de un año a otro.</p>	<p>Consulte el Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers[†]</p>

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
<p>Algunos beneficios se pueden cubrir según las necesidades de salud. En estos casos, necesitará una Autorización Previa del profesional de la salud estatal o un referido. Llame al 1-877-688-1813 para averiguar si un servicio necesita una Autorización Previa o un referido.</p>		
Beneficio	Centennial Care (Medicaid)	Blue Cross MA Dual Care Plus Preferred (PPO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Recompensas para Miembros	<p>Todos los miembros de Blue Cross Community Centennial se podrán inscribir en el Programa de Recompensas de Centennial. El Programa de Recompensas le permite ganar "créditos" con solo participar en ciertas actividades saludables. Para usar sus créditos, se requiere estar inscrito. Se puede inscribir en www.centennialrewards.com o bien, comuníquese con Servicios de Recompensas y Bienestar de Centennial al 1-877-806-8964. Los créditos se pueden utilizar escogiendo opciones desde un catálogo. Puede pedir los artículos del catálogo a través del sitio web o llamando a Servicios de Recompensas y Bienestar de Centennial al 1-877-806-8964. No se aplicarán costos de envío.</p> <p>Obtendrá su catálogo del Programa de Recompensas de Centennial cuando gane sus primeros créditos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura

BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID

Los servicios médicos, de salud mental y de atención médica a largo plazo están cubiertos. Algunas categorías de elegibilidad también pueden cubrir servicios dentales, servicios para la vista, servicios de transportación y servicios de recetas médicas. A continuación, se indican algunos de los servicios adicionales incluidos de Medicaid:

- Servicios médicos preventivos
- Consultas preventivas para niños
- Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)
- Servicios médicos o quirúrgicos
- Servicios de planificación familiar
- Servicios para el embarazo y la maternidad
- Atención médica prenatal
- Servicios de atención médica inmediata
- Servicios de emergencia
- Beneficios de salud mental
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios de la vista
- Beneficios dentales
- Beneficios de transportación

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE MEDICAID

Los servicios de atención a largo plazo para los miembros que cumplen con los criterios del Nivel de Atención para un Centro de Servicios de Enfermería (NFLOC). Los servicios de atención a largo plazo incluyen atención médica y no médica para aquellas personas con discapacidades o enfermedades

crónicas. El miembro debe estar en la modalidad de Beneficio Comunitario Basado en la Agencia por 120 días antes de cambiarse a la modalidad de Beneficio Comunitario Autodirigido.

BENEFICIO COMUNITARIO BASADO EN LA AGENCIA DE MEDICAID

Los siguientes servicios están cubiertos para los miembros que cumplen con el NFLOC y seleccionan la modalidad de Beneficio Comunitario Basado en la Agencia (ABCB):

- Asistencia médica diurna para adultos
- Asistencia para las actividades de la vida diaria
- Consultas de apoyo conductual
- Servicios de transición a la comunidad
- Respuesta ante situaciones de emergencia
- Apoyo laboral
- Modificaciones ambientales
- Asistencia médica en el hogar
- Servicios de atención personal
- Servicio de enfermería privado para adultos
- Cuidado temporal de relevo
- Servicios especializados de terapia de mantenimiento

BENEFICIO COMUNITARIO AUTODIRIGIDO DE MEDICAID

La modalidad de Beneficio Comunitario Autodirigido (SDCB) está compuesta de determinados servicios en la comunidad y el hogar, los cuales se encuentran disponibles para los miembros elegibles. La autodirección le permite escoger entre diversas opciones. También le permite controlar la forma en que se prestan los servicios. Puede elegir a las personas que proporcionan los servicios.

Los siguientes servicios están cubiertos para los miembros que cumplen con los requisitos para la modalidad de Beneficio Comunitario Autodirigido:

- Consultas de apoyo conductual
- Apoyo comunitario personalizado
- Respuesta ante situaciones de emergencia
- Apoyo laboral
- Modificaciones ambientales
- Asistencia médica en el hogar
- Servicios domésticos/apoyo directo
- Asesoramiento nutricional
- Servicio de enfermería privado para adultos
- Bienes relacionados
- Cuidado temporal de relevo
- Servicios especializados de terapia de mantenimiento
- Terapias especializadas
- Transportación (sin carácter médico)

SI USTED ES UN BENEFICIARIO QMB, SLMB, Q11 O QDWI:

Debido a que Medicaid no paga sus gastos compartidos y usted no tiene beneficios completos de Medicaid, sus gastos compartidos suelen ser del 20%. Existen algunas excepciones, como los exámenes preventivos y la mayoría de los beneficios complementarios proporcionados por Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus, en las que tendrá un gasto compartido de un 0%.

OTROS SEGUROS MÉDICOS

Si un miembro de Medicaid tiene otra cobertura plan médico o dental, incluido Medicare, es importante que el miembro informe a la oficina de la División de Asistencia Económica (ISD) del Departamento de Servicios Humanos (HSD). Si el miembro desconoce cómo comunicarse con la ISD, debe llamar al Centro de Llamadas de Medicaid al 1-888-997-2583 para obtener dicha información. El miembro debe informar al profesional de la salud acerca de otros seguros médicos antes de concertar cualquier cita.

El miembro siempre debe mostrar todas las tarjetas de miembro cuando asiste a una consulta con un profesional de la salud o acude al hospital. El otro plan de seguro médico se debe facturar por los servicios de atención médica del miembro antes de que se cobren a Centennial Care (Medicaid). La Organización de Atención Médica Administrada (MCO) de Medicaid del miembro trabajará con el otro plan de seguro médico para pagar estos servicios. La única excepción es si un miembro tiene cobertura del Servicio Médico para el Indígena (IHS). Medicaid pagará antes que el IHS.

Si un miembro cuenta con cobertura de Medicare y Medicaid, el miembro tiene más de una cobertura de seguro médico. Se considera que Medicare es el seguro médico principal y Medicaid es el seguro médico secundario. Los beneficios de Medicaid del miembro no cambiarán los beneficios del seguro médico principal.

Aviso del Plan de Medicaid:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Una parte de estos servicios los financia el estado de New Mexico.

Aviso del Plan de Medicare Advantage:

Planes disponibles en los condados de Bernalillo, Chaves, Curry, Doña Ana, Otero, Quay, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia.

La cobertura PPO Special Needs es proporcionada 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 que tiene un contrato con Medicare y con el programa New Mexico Medicaid. La inscripción en el plan de HCSC depende de la renovación del contrato.

Una parte de estos servicios los financia el estado de New Mexico.

Este plan se encuentra disponible para cualquier persona que cuente con Asistencia Médica, ya sea por parte del estado o de Medicare.

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



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 apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad 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. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante 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 Quejas de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono mediante la siguiente información de contacto:

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

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: سيقوم شخص ما يتحدث العربية إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول (TTY/ TDD: 711). بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषयिा सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषयिा प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご利用になるには、1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros 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 forman parte de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-688-1813 (TTY: 711) para obtener más información.

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.

Una parte de estos servicios los financia el estado de New Mexico.

La cobertura PPO Special Needs es proporcionada 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 que tiene un contrato con Medicare y con el programa New Mexico Medicaid. La inscripción en el plan de HCSC depende de la renovación del contrato.

Este plan se encuentra disponible para cualquier persona que cuente con Asistencia Médica, ya sea por parte del estado o de Medicare.

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