



BlueCross BlueShield  
of Illinois

# Resumen de Beneficios

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

Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup>

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup>

**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\_3822ILHMOSBSPA23\_M

243537.10219999999

## 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 1-877-774-8592 (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 [getblueil.com/mapd](https://getblueil.com/mapd) o llame al 1-877-774-8592.
- 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.
- Excepto en situaciones de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios proporcionados por un profesional de la salud que no forma parte de la red (médicos que no aparecen en el *Directorio de proveedores*).

# Resumen de Beneficios del 2023

Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)

Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)

Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)

Los planes HMO y HMO-POS son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). La cobertura HMO es proporcionada por Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC). HCSC e ILBCBSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e ILBCBSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes de HCSC y de ILBCBSIC 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 1-877-774-8592 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en [getblueil.com/mapd](http://getblueil.com/mapd).

Para registrarse en **Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)**, **Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)** o **Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)**, 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 Illinois: Cook, DuPage, Grundy, Kane, Kankakee, Kendall, Lake, McHenry y Will.

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](http://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 1-877-774-8592 (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 [getblueil.com/mapd](http://getblueil.com/mapd).

| <b>Primas y Beneficios</b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   |
|---|---|--|--|
| Prima Mensual del Plan ( <i>incluye medicamentos y servicios médicos</i> )                          | Usted paga \$0 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.  | Usted paga \$0 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.   | Usted paga \$81.00 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.  | Este plan no cuenta con reducción de la prima de la Parte B.   | Este plan no cuenta con reducción de la prima de la Parte B.   |
| Deducible   | Este plan no tiene un deducible.  | Este plan no tiene un deducible.   | Este plan no tiene un deducible.   |
| Responsabilidad máxima del bolsillo ( <i>no incluye los medicamentos con receta de la Parte D</i> ) | 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.<br><b>Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.</b> |  |  |
|   | Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$2,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul>  | Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,450 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> | Sus límites anuales en este plan son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$2,900 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> |

| <b>Primas y Beneficios</b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   |
|---|--|--|--|
| Paciente internado  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$195 por día para los días 1-7 y copago de \$0 por día para los días 8-90</li> <li>Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin Cobertura</li> </ul> | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$220 por día para los días 1-7 y copago de \$0 por día para los días 8-90</li> <li>Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>40% del costo total por día</li> </ul> | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$190 por día para los días 1-8 y copago de \$0 por día para los días 9-90</li> <li>Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>40% del costo total por día</li> </ul> |
| Atención hospitalaria ambulatoria                                   | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$250 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p>   | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$250 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% del costo total</p>   | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$225 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% del costo total</p>   |
| Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados (ASC, en inglés) | <p><b>Dentro de la red:</b> \$100 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p>   | <p><b>Dentro de la red:</b> \$200 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p>   | <p><b>Dentro de la red:</b> \$175 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p>   |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|---|---|--|--|
| Consultas al doctor <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Profesional de la salud primaria</li> <li>◦ Especialistas</li> </ul>                         | <p><b><u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Especialistas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$25 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b>\$60 de copago</li> </ul> <p><b><u>Especialistas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$35 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b> \$75 de copago</li> </ul> | <p><b><u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b>\$60 de copago</li> </ul> <p><b><u>Especialistas</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Dentro de la Red:</b> \$30 de copago</li> <li>◦ <b>Fuera de la Red:</b> \$75 de copago</li> </ul> |
| Atención médica preventiva<br><br>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)   | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago<br/> <b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p> <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas</b></p> <p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.</p>  | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago<br/> <b>Fuera de la Red:</b>\$60 de copago</p> <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas</b></p> <p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.</p>   | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago<br/> <b>Fuera de la Red:</b>\$60 de copago</p> <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas</b></p> <p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. 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> |   |  |  |

| <b>Primas y Beneficios</b>        | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Atención de Emergencia            | <p>Copago de \$120 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> | <p>Copago de \$120 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> | <p>Copago de \$90 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 | Copago de \$25 por consulta  | Copago de \$30 por consulta  | Copago de \$30 por consulta   |

| Primas y Beneficios  | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|--|--|--|--|
| <p>Servicios de diagnóstico/ exámenes de laboratorios/ diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada Radiografías</li> <li>◦ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>◦ Servicios de laboratorio</li> </ul> | <p><b><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$125 en una clínica independiente, copago de \$175 por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 - \$50 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> | <p><b><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175 en una clínica independiente, copago de \$225 por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 - \$50 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> | <p><b><u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$150 en una clínica independiente, copago de \$200 por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 - \$50 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios de laboratorio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> |

| Primas y Beneficios | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---------------------|---|---|---|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Radiografías ambulatorias</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Radiografías ambulatorias</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Radiografías ambulatorias</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|---|---|--|--|
| Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Examen auditivo cubierto por Medicare</li> <li>◦ Examen auditivo de rutina</li> <li>◦ Audífonos</li> </ul> | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Examen auditivo de rutina</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Colocación/evaluación de audífonos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Examen auditivo de rutina</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Colocación/evaluación de audífonos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Examen auditivo de rutina</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Colocación/evaluación de audífonos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> |

| Primas y Beneficios | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>                                 | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---------------------|---|--|---|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Aparatos auditivos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$699 a \$999 por hasta 1 por oído por año</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Audífonos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Aparatos auditivos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$699 a \$999 por hasta 1 por oído por año</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---|---|---|---|
| <p>Servicios Dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Servicios Dentales Cubiertos por Medicare</li> <li>◦ Servicios dentales preventivos</li> <li>◦ Servicios Dentales Complementarios</li> </ul> | <p><b><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales preventivos</u></b></p> <p><b><u>Limpiezas</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por un máximo de 2 limpieza(s) por año</li> </ul> <p><b><u>Radiografías dentales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un máximo de 1 radiografía con aleta de mordida por año</li> </ul> | <p><b><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales preventivos</u></b></p> <p><b><u>Limpiezas</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por un máximo de 2 limpieza(s) por año</li> </ul> <p><b><u>Radiografías dentales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un máximo de 1 radiografía con aleta de mordida por año</li> </ul> | <p><b><u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales preventivos</u></b></p> <p><b><u>Limpiezas</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por un máximo de 2 limpieza(s) por año</li> </ul> <p><b><u>Radiografías dentales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un máximo de 1 radiografía con aleta de mordida por año</li> </ul> |

| Primas y Beneficios     | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|-------------------------|--|--|--|
|                         | <p><b><u>Exámenes bucales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales integrales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura anual máxima de \$2,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.</li> </ul> | <p><b><u>Exámenes bucales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales integrales</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Exámenes bucales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año</li> </ul> <p><b><u>Servicios dentales integrales</u></b></p> <p><b>Dentro y Fuera de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura anual máxima de \$1,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.</li> </ul> |
| Servicios para la vista | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p>   | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p>   | <p><b><u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p>   |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Examen de la vista cubierto por Medicare</li> <li>◦ Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>◦ Examen oftalmológico de rutina</li> <li>◦ Anteojos de rutina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare; copago de \$0 por un examen de la vista especializado</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Examen oftalmológico de rutina</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para 1 examen de la vista de rutina por año Sin Cobertura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare; copago de \$0 por un examen de la vista especializado</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Examen oftalmológico de rutina</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para 1 examen de la vista de rutina por año Sin Cobertura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare; copago de \$0 por un examen de la vista especializado</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Examen oftalmológico de rutina</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para 1 examen de la vista de rutina por año Sin Cobertura</li> </ul> |

| Primas y Beneficios | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|---------------------|--|---|--|
|                     | <p><b><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul> <p><b><u>Elementos para la vista de rutina</u></b></p> <p><b>Lentes de contacto</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> | <p><b><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b><u>Elementos para la vista de rutina</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b><u>Elementos para la vista de rutina</u></b></p> <p><b>Lentes de contacto</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago.</li> </ul> |

| Primas y Beneficios | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup> | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---------------------|---|--|---|
|                     | <p><b>Armazones para anteojos</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por 1 par de armazones de anteojos cada año</li> </ul> <p><b>Cristales de anteojos</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por 1 par de cristales de anteojos cada año (solo para lentes estándar. No se incluyen los lentes progresivos)</li> </ul> <p>Límite máximo de cobertura del plan de \$200 dentro y por anteojos de rutina cada año (incluidos los armazones, los cristales para anteojos y los lentes de contacto)</p> |  | <p><b>Armazones para anteojos</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por 1 par de armazones de anteojos cada año</li> </ul> <p><b>Cristales de anteojos</b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por 1 par de cristales de anteojos cada año (solo para lentes estándar. No se incluyen los lentes progresivos)</li> </ul> <p>Límite máximo de cobertura del plan de \$200 dentro y por anteojos de rutina cada año (incluidos los armazones, los cristales para anteojos y los lentes de contacto)</p> |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---|--|---|---|
| Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Servicios de salud mental para pacientes internados</li> <li>◦ Consulta de terapia individual o grupal para pacientes no hospitalizados</li> </ul> | <p><b><u>Consulta de paciente internado</u></b></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><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$260 de copago por día por los días 1-7 y \$0 de copago por día por los días 8-90</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$215 de copago por día por los días 1-7 y \$0 de copago por día por los días 8-90</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total por estadía</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 de copago por día por los días 1-7 y \$0 de copago por día por los días 8-90</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total por estadía</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |

| Primas y Beneficios                      | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |
|--|--|--|--|
|  | <p><b><u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>  | <p><b><u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>  | <p><b><u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>  |
| Centro de enfermería especializada (SNF) | <p><b>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</b></p> <p>No se requiere una hospitalización antes de la admisión.</p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$196 por día para los días 21-39. Copago de \$0 por día para los días 40-100.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p> | <p><b>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</b></p> <p>No se requiere una hospitalización antes de la admisión.</p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$196 por día para los días 21-39. Copago de \$0 por día para los días 40-100.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total por estadía</p> | <p><b>Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.</b></p> <p>No se requiere una hospitalización antes de la admisión.</p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$196 por día para los días 21-39. Copago de \$0 por día para los días 40-100.</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total por estadía</p> |
| Fisioterapia                             | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p>  | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p>  | <p><b>Dentro de la Red:</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p>  |

| <b>Primas y Beneficios</b>                      | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|---|---|---|---|
| Rehabilitación para pacientes no hospitalizados | <p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b> (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b> (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <p><b><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</u></b> (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones y hasta por 36 semanas)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia ocupacional</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |

| Primas y Beneficios              | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|----------------------------------|--|---|---|
| Ambulancia                       | <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$250 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> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin cobertura</p> | <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$250 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> <p><b>Fuera de la Red:</b> Copago de \$250 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> | <p><b>Dentro de la Red:</b> Copago de \$225 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> <p><b>Fuera de la Red:</b> Copago de \$225 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 12 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.   | \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.  | \$0 de copago por hasta 12 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.  |
| Medicamentos de Medicare Parte B | <p><b>Dentro de la Red:</b> 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p>                                | <p><b>Dentro de la Red:</b> 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total para medicamentos para quimioterapia. 40% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p>   | <p><b>Dentro de la Red:</b> 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 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 Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios |   |  |  |   |
| Deducible  | <p>Debido a que no hay deducible para el medicamento recetado, esta etapa de pago no se aplica a usted. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año.</p> <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</b></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.</p> |  |  |   |
|  | Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días  | Locales comerciales estándar para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días | Entrega a domicilio preferida<br>Suministro para 90 días | Entrega a domicilio estándar<br>Suministro para 90 días |
| Cobertura inicial                                  |   |  |  |   |
| Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos         | \$0 de copago   | \$10 de copago   | \$0 de copago  | \$20 de copago  |
| Nivel 2: Medicamentos Genéricos                    | \$10 de copago  | \$20 de copago   | \$20 de copago   | \$40 de copago  |
| Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos          | \$47 de copago  | \$47 de copago   | \$94 de copago   | \$94 de copago  |
| Nivel 4: Medicamentos no Preferidos                | \$100 de copago   | \$100 de copago  | \$300 de copago  | \$300 de copago   |

| Primas y Beneficios  |   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup> |  |  |
|--|---|---|--|--|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios   |   |   |  |  |
| Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados  | 33% del costo total   | 33% del costo total                                     | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. |
| * Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar. |   |   |  |  |
| Brecha en cobertura  | <p>Su plan proporciona cobertura adicional por medio de la interrupción en la cobertura. Para medicamentos de Nivel 1, usted continúa pagando los mismos montos que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.</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 \$4,660.</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. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.</p> <p>Conforme a su plan, es posible que pague incluso menos por los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos que aparecen en la Lista de Medicamentos. Su costo varía según la categoría. Deberá usar su Lista de Medicamentos para encontrar la categoría en el que se encuentra su medicamento.</p> |   |  |  |

| Primas y Beneficios                                |  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |  |   |                 |
|--|--|--|--|---|-----------------|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios |  |  |  |   |                 |
| Deducible  |  | Debido a que no hay deducible para el medicamento recetado, esta etapa de pago no se aplica a usted. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año.  |  |   |                 |
|  |  | <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</b></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.</p> |  |   |                 |
|  | Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días | Locales comerciales estándar para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días   | Entrega a domicilio preferida<br>Suministro para 90 días | Entrega a domicilio estándar<br>Suministro para 90 días |                 |
| Cobertura inicial                                  |  |  |  |   |                 |
| Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos         |  | \$0 de copago  | \$10 de copago   | \$0 de copago   | \$20 de copago  |
| Nivel 2: Medicamentos Genéricos                    |  | \$10 de copago   | \$20 de copago   | \$20 de copago  | \$40 de copago  |
| Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos          |  | \$47 de copago   | \$47 de copago   | \$94 de copago  | \$94 de copago  |
| Nivel 4: Medicamentos no Preferidos                |  | \$100 de copago  | \$100 de copago  | \$300 de copago   | \$300 de copago |

| Primas y Beneficios  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |                     |  |  |
|--|---|---------------------|--|--|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios   |   |                     |  |  |
| <p>Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados</p> <p>* Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.</p> | 33% del costo total   | 33% del costo total | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. |
| Brecha en cobertura  | <p>Su plan proporciona cobertura adicional por medio de la interrupción en la cobertura. Para medicamentos de Nivel 1, usted continúa pagando los mismos montos que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.</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 \$4,660.</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. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.</p> <p>Conforme a su plan, es posible que pague incluso menos por los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos que aparecen en la Lista de Medicamentos. Su costo varía según la categoría. Deberá usar su Lista de Medicamentos para encontrar la categoría en el que se encuentra su medicamento.</p> |                     |  |  |

| Primas y Beneficios                                |  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>   |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios |  |  |  |  |   |
| Deducible  |  | Debido a que no hay deducible para el medicamento recetado, esta etapa de pago no se aplica a usted. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año.  |  |  |   |
|  |  | <p><b>Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina</b></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.</p> |  |  |   |
|  |  | Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días   | Locales comerciales estándar para medicamentos con receta<br>Suministro para 30 días | Entrega a domicilio preferida<br>Suministro para 90 días | Entrega a domicilio estándar<br>Suministro para 90 días |
| Cobertura inicial                                  |  |  |  |  |   |
| Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos         |  | \$0 de copago  | \$10 de copago   | \$0 de copago  | \$20 de copago  |
| Nivel 2: Medicamentos Genéricos                    |  | \$10 de copago   | \$20 de copago   | \$20 de copago   | \$40 de copago  |
| Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos          |  | \$47 de copago   | \$47 de copago   | \$94 de copago   | \$94 de copago  |
| Nivel 4: Medicamentos no Preferidos                |  | \$100 de copago  | \$100 de copago  | \$300 de copago  | \$300 de copago   |

| Primas y Beneficios  |   | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup> |  |  |
|--|---|--|--|--|
| Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios   |   |  |  |  |
| <p>Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados</p> <p>* Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.</p> | 33% del costo total   | 33% del costo total  | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. |
| Brecha en cobertura  | <p>Su plan proporciona cobertura adicional por medio de la interrupción en la cobertura. Para medicamentos de Nivel 1, usted continúa pagando los mismos montos que pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial.</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 \$4,660.</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. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.</p> <p>Conforme a su plan, es posible que pague incluso menos por los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos que aparecen en la Lista de Medicamentos. Su costo varía según la categoría. Deberá usar su Lista de Medicamentos para encontrar la categoría en el que se encuentra su medicamento.</p> |  |  |  |

| Primas y Beneficios   | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>   | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup>  |
|---|---|---|---|
| <b>Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios</b>   |   |   |   |
| <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"> <li>◦ Medicamentos genéricos</li> <li>◦ Medicamentos de marca</li> </ul> | <p><b>Medicamentos Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> <p><b>Medicamentos de Marca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> | <p><b>Medicamentos Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> <p><b>Medicamentos de Marca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> | <p><b>Medicamentos Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> <p><b>Medicamentos de Marca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)</li> </ul> |
| Los gastos compartidos pueden variar en función de la farmacia que elija.   |   |   |   |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b> | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   |
|---|--|--|--|
| Acupuntura para lumbago crónico                   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul>   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul>   |
| Atención quiropráctica                            | <p><b><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación cubierta por Medicare</u></b> (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación cubierta por Medicare</u></b> (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <p><b><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación cubierta por Medicare</u></b> (cuando uno o más huesos de la columna se mueven de su posición)</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|---|---|---|---|
| <p>Suministros y servicios para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suministros para el monitoreo de la diabetes</li> <li>- Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>- Calzado o plantillas ortopédicos</li> </ul> | <p><b><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Un 0% o 35% del costo total</p> <p><b>Servicios fuera de la red:</b> Sin cobertura</p> <p><b><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p> <p><b><u>Calzado o plantillas ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> 35% del costo total</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> Sin Cobertura</p> | <p><b><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Un 0% o 20% del costo total</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 20% del costo total</p> <p><b><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p> <p><b><u>Calzado o plantillas ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> 20% del costo total</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 20% del costo total</p> | <p><b><u>Suministros de monitoreo de diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> Un 0% o 20% del costo total</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 20% del costo total</p> <p><b><u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 40% del costo total</p> <p><b><u>Calzado o plantillas ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la Red:</b> 20% del costo total</p> <p><b>Fuera de la Red:</b> 20% del costo total</p> |
| <p>Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul>  |

| Beneficios Adicionales para los Asegurados | Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO) <sup>SM</sup>  | Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup> | Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS) <sup>SM</sup> |
|--|--|--|--|
| Programas de Bienestar                     | <p data-bbox="516 313 1654 349">Copago de \$0 para el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers<sup>†</sup></p> <p data-bbox="516 367 1976 743">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<sup>®</sup> 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<sup>™</sup> y una aplicación móvil, SilverSneakers GO<sup>™</sup>. 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 <a href="http://SilverSneakers.com">SilverSneakers.com</a> 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 data-bbox="516 764 1692 800">Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol data-bbox="558 821 1976 1287" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="558 821 1976 971">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.</li> <li data-bbox="558 980 1976 1089">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.</li> <li data-bbox="558 1099 1976 1287">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.</li> </ol> <p data-bbox="516 1325 1976 1433">Blue Cross<sup>®</sup>, Blue Shield<sup>®</sup> 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> |  |  |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b>      | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>   |
|--|--|--|--|
|  | † SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.   |  |  |
| Cuidado de los pies<br><i>(servicios de podología)</i> | <p><b><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></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><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></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <p><b><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></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |
| Atención médica en el hogar                            | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>   |
| Servicios del programa de tratamiento de opioides      | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul>   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul>   |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b>                 | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|---|---|---|---|
| Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias | <p><b><u>Consulta de terapia grupal</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia individual</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Consulta de terapia grupal</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia individual</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> | <p><b><u>Consulta de terapia grupal</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Consulta de terapia individual</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul> |
| Elementos de venta libre  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$70 de asignación cada tres meses para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$105 de asignación cada tres meses para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de asignación cada tres meses para medicamentos específicos de venta libre y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.</li> </ul>   |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b>                            | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|--|---|---|---|
| Dispositivos protésicos ( <i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i> ) | <p><b><u>Dispositivos ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> | <p><b><u>Dispositivos ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> | <p><b><u>Dispositivos ortopédicos</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b><u>Suministros médicos relacionados</u></b></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> |
| Comidas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 comidas por día, durante 7 días. Limitado a una vez por año.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 comidas por día, durante 7 días. Limitado a una vez por año.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 comidas por día, durante 7 días. Limitado a una vez por año.</li> </ul>  |
| Diálisis renal   | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo total</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total</li> </ul>  |

| <b>Beneficios Adicionales para los Asegurados</b> | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|---|---|---|---|
| Servicios de telemedicina                         | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive</li> </ul>  | <p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive</li> </ul>  |
| Centro de Cuidado Paliativo                       | <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |

| <b>Beneficios Suplementarios Opcionales</b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic (HMO)<sup>SM</sup></b>   | <b>Blue Cross Medicare Advantage Basic Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  | <b>Blue Cross Medicare Advantage Premier Plus (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |
|--|---|---|---|
| Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales (OSB, en inglés) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Prima mensual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga adicionalmente \$31.60 por mes               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dental</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga adicionalmente \$32.80 por mes               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Visión</li> <li>◦ Dental</li> <li>◦ Audición</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga adicionalmente \$36.60 por mes               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dental</li> </ul> </li> </ul> |



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**

Blue Cross and Blue Shield of Illinois 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 Illinois 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 Illinois:

- 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 Illinois 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., 35<sup>th</sup> 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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (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、1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (TTY: 711) para obtener más información.

Los planes HMO y HMO-POS son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal (HCSC). La cobertura HMO es proporcionada por Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC). HCSC e ILBCBSIC son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC e ILBCBSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes de HCSC y de ILBCBSIC depende de la renovación del contrato.

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.