



**BlueCross BlueShield
of Illinois**

Resumen de Beneficios

Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM

Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)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_8634ILPPOSB23SPA_M

243545.1022

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 1-877-774-8592 (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 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.
- ☐ Nuestro plan le permite acudir a consultas con profesionales de la salud que no forman parte de nuestra red (profesionales de la salud sin contrato). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios incluidos que proporcione un profesional de la salud sin contrato, dicho profesional tiene que aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o una situación urgente, los profesionales de la salud sin contrato pueden negarse a brindarle atención médica. **Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba por parte de profesionales de la salud sin contrato.**

Resumen de Beneficios del 2023

Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) y **Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)** son parte de un plan PPO 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 1-877-774-8592 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en getblueil.com/mapd.

Para registrarse en **Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)** o **Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)**, 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 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.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Prima Mensual del Plan <i>(incluye medicamentos y servicios médicos)</i>	Usted paga \$77.00 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	Usted paga \$140.00 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.
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. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.	
	Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$4,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$8,950 por servicios que recibe de proveedores fuera de la red. • \$8,950 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.	Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$3,655 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$8,950 por servicios que recibe de proveedores fuera de la red. • \$8,950 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.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)SM
Paciente internado	Dentro de la red: - Copago de \$295 por día para los días 1-6 y copago de \$0 por día para los días 7-90 - Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante Fuera de la red: - Copago de \$500 por día	Dentro de la red: - Copago de \$250 por día para los días 1-7 y copago de \$0 por día para los días 8-90 - Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante Fuera de la red: - Copago de \$500 por día
Atención hospitalaria ambulatoria	Dentro de la Red: \$300 de copago Fuera de la Red: \$400 de copago	Dentro de la Red: \$275 de copago Fuera de la Red: \$400 de copago
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados (ASC, en inglés)	Dentro de la red: \$200 de copago Fuera de la Red: \$350 de copago	Dentro de la red: \$175 de copago Fuera de la Red: \$350 de copago
Consultas al doctor - Profesional de la salud primaria - Especialistas	<u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u> Dentro de la Red: \$5 de copago Fuera de la Red: \$30 de copago <u>Especialistas</u> Dentro de la Red: \$40 de copago Fuera de la Red: \$75 de copago	<u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u> Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red: \$30 de copago <u>Especialistas</u> Dentro de la Red: \$40 de copago Fuera de la Red: \$75 de copago

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red: \$0 de copago Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas 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. *Hay otros servicios de prevención disponibles. Hay algunos servicios incluidos que tienen un costo. Consulte la EOC para obtener más información.	Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red: \$0 de copago Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas 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.
Atención de Emergencia	Copago de \$90 por consulta 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.	Copago de \$90 por consulta 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.
Servicios Requeridos Urgentemente	Copago de \$40 por consulta	Copago de \$40 por consulta

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Servicios de diagnóstico/ exámenes de laboratorios/ diagnóstico por imágenes ◦ Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada Radiografías ◦ Pruebas y procedimientos de diagnóstico ◦ Servicios de laboratorio	<u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u> Dentro de la red: • Copago de \$250 en una clínica independiente, copago de \$300 por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio Fuera de la red: • \$400 de copago <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Dentro de la red: • \$100 de copago Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Servicios de laboratorio</u> Dentro de la red: • \$5 de copago Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Radiografías ambulatorias</u> Dentro de la red: • \$5 - \$100 de copago	<u>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes IRM, tomografías computarizadas)</u> Dentro de la red: • Copago de \$150 en una clínica independiente, copago de \$200 por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio Fuera de la red: • \$400 de copago <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Dentro de la red: • \$100 de copago Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Servicios de laboratorio</u> Dentro de la red: • \$5 de copago Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Radiografías ambulatorias</u> Dentro de la red: • \$0 - \$100 de copago

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u> Dentro de la red: • \$45 de copago Fuera de la red: • 40% del costo total	Fuera de la red: • \$200 de copago <u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u> Dentro de la red: • \$45 de copago Fuera de la red: • 40% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Servicios auditivos ◦ Examen auditivo cubierto por Medicare ◦ Examen auditivo de rutina ◦ Audífonos	<u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u> Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Examen auditivo de rutina</u> • Sin cobertura <u>Colocación/evaluación de audífonos</u> • Sin cobertura	<u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</u> Dentro de la red: • \$35 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Examen auditivo de rutina</u> Dentro de la Red: • \$0 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año Fuera de la red: • 40% del costo total para 1 examen auditivo de rutina cada año <u>Colocación/evaluación de audífonos</u> Dentro de la red: • \$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. Fuera de la red: • 40% del costo total por 1 consulta de ajuste y evaluación del audífono cada tres años

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	<u>Audífonos</u> • Sin cobertura	<u>Audífonos</u> • Hay un límite máximo de cobertura del plan de \$1,000 para audífonos (ambos oídos combinados) adquiridos dentro o fuera de la red cada tres años.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Servicios Dentales ◦ Servicios Dentales Cubiertos por Medicare ◦ Servicios dentales preventivos ◦ Servicios Dentales Complementarios	<u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u> Dentro de la red: • \$35 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Servicios dentales preventivos</u> <u>Limpiezas</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 2 limpieza(s) por año <u>Radiografías dentales</u> Dentro y Fuera de la Red: • \$0 de copago por un máximo de 1 radiografía con aleta de mordida por año <u>Exámenes bucales</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año <u>Servicios dentales integrales</u>	<u>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes)</u> Dentro de la red: • \$35 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Servicios dentales preventivos</u> <u>Limpiezas</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 2 limpieza(s) por año <u>Radiografías dentales</u> Dentro y Fuera de la Red: • \$0 de copago por un máximo de 1 radiografía con aleta de mordida por año <u>Exámenes bucales</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 2 exámenes bucales por año

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	• Sin cobertura	<u>Servicios dentales integrales</u> Dentro y Fuera de la Red: • 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.
Servicios para la vista ◦ Examen de la vista cubierto por Medicare ◦ Anteojos cubiertos por Medicare ◦ Examen oftalmológico de rutina ◦ Anteojos de rutina	<u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u> Dentro de la red: • Copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare; copago de \$0 por un examen de la vista especializado Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Examen oftalmológico de rutina</u> Dentro de la red: • Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año Fuera de la Red	<u>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido un examen preventivo anual de glaucoma)</u> Dentro de la red: • Copago de \$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare; copago de \$0 por un examen de la vista especializado Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Examen oftalmológico de rutina</u> Dentro de la red: • Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año Fuera de la Red

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	• \$40 de asignación para 1 examen de la vista de rutina por año <u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u> Dentro de la red: • \$35 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas Fuera de la red: • \$75 por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <u>Elementos para la vista de rutina</u> • Sin cobertura	• \$40 de asignación para 1 examen de la vista de rutina por año <u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u> Dentro de la red: • \$35 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas Fuera de la red: • \$75 por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <u>Elementos para la vista de rutina</u> Lentes de contacto Dentro y Fuera de la Red: • \$0 de copago. Armazones para anteojos Dentro y Fuera de la Red: • \$0 de copago por 1 par de armazones de anteojos cada año

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
		Cristales de anteojos Dentro y Fuera de la Red: • \$0 de copago por 1 par de cristales de anteojos cada año (solo para lentes estándar. No se incluyen los lentes progresivos) Límite máximo de cobertura del plan de \$100 dentro y fuera de la red por anteojos de rutina cada año (incluidos los armazones, los cristales para anteojos y los lentes de contacto)

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Servicios de salud mental ◦ Servicios de salud mental para pacientes internados ◦ Consulta de terapia individual o grupal para pacientes no hospitalizados	<u>Consulta de paciente internado</u> 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. 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.	
	Dentro de la red: • \$225 de copago por día por los días 1-7 y \$0 de copago por día por los días 8-90 Fuera de la red: • Copago de \$500 por día <u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u> Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$50 de copago	Dentro de la red: • \$225 de copago por día por los días 1-7 y \$0 de copago por día por los días 8-90 Fuera de la red: • Copago de \$500 por día <u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u> Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$50 de copago

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	<u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u> Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$50 de copago	<u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u> Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$50 de copago
Centro de enfermería especializada (SNF)	Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización antes de la admisión. Dentro de la Red: Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$196 por día para los días 21-49. Copago de \$0 por día para los días 50-100. Fuera de la Red: Copago de \$250 por día	Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización antes de la admisión. Dentro de la Red: 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. Fuera de la Red: Copago de \$250 por día
Fisioterapia	Dentro de la Red: \$40 de copago Fuera de la Red: \$75 de copago	Dentro de la Red: \$40 de copago Fuera de la Red: \$75 de copago

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	<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) Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Consulta de terapia ocupacional</u> Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago	<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) Dentro de la red: • \$30 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago <u>Consulta de terapia ocupacional</u> Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago
Ambulancia	Dentro de la Red: 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. Fuera de la Red: 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.	Dentro de la Red: 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. Fuera de la Red: 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.
Transporte	Sin cobertura	\$0 de copago por hasta 12 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Medicamentos de Medicare Parte B	Dentro de la Red: 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B Fuera de la Red: 40% del costo total para medicamentos para quimioterapia. 40% del costo total para otros medicamentos de la Parte B	Dentro de la Red: 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B Fuera de la Red: 40% del costo total para medicamentos para quimioterapia. 40% del costo total para otros medicamentos de la Parte B

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM			
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. Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina 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.			
	Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Locales comerciales estándar para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Entrega a domicilio preferida Suministro para 90 días	Entrega a domicilio estándar 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 Choice Plus (PPO) SM		
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios				
Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados * Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.	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	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. 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. 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. 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.			

Primas y Beneficios		Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM		
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. Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Insulina 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.			
	Locales comerciales preferidos para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Locales comerciales estándar para medicamentos con receta Suministro para 30 días	Entrega a domicilio preferida Suministro para 90 días	Entrega a domicilio estándar 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 Choice Premier (PPO) SM		
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios				
Nivel 5: Categoría de Medicamentos Especializados * Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia estándar.	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	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. 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. 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. 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.			

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios		
Cobertura para casos catastróficos (<i>después de que usted u otros en su nombre paguen \$7,400</i>) ◦ Medicamentos genéricos ◦ Medicamentos de marca	Medicamentos Genéricos: • Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor) Medicamentos de Marca: • Usted paga \$10.35 o el 5% (el monto que sea mayor)	Medicamentos Genéricos: • Usted paga \$4.15 o el 5% (el monto que sea mayor) Medicamentos de Marca: • 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 Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)SM
Acupuntura para lumbago crónico	Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago	Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago
Atención quiropráctica	<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) Dentro de la red: • \$20 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago	<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) Dentro de la red: • \$20 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Suministros y servicios para la diabetes - Suministros para el monitoreo de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado o plantillas ortopédicos	<u>Suministros de monitoreo de diabetes</u> Dentro de la Red: Un 0% o 20% del costo total Servicios fuera de la red: 20% del costo total <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red: \$0 de copago <u>Calzado o plantillas ortopédicos</u> Dentro de la Red: 20% del costo total Fuera de la Red: 20% del costo total	<u>Suministros de monitoreo de diabetes</u> Dentro de la Red: Un 0% o 20% del costo total Servicios fuera de la red: 20% del costo total <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red: \$0 de copago <u>Calzado o plantillas ortopédicos</u> Dentro de la Red: 20% del costo total Fuera de la Red: 20% del costo total
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total	Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Programas de Bienestar	Copago de \$0 para el Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers[†] 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-DemandTM y una aplicación móvil, SilverSneakers GOTM. 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. Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. 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. 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.	

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
	† SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.	
Cuidado de los pies (servicios de podología)	<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> Dentro de la red: • \$50 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago	<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> Dentro de la red: • \$45 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago
Atención médica en el hogar	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • 40% del costo total	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • 40% del costo total
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago	Dentro de la red: • \$40 de copago Fuera de la red: • \$75 de copago

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias	<u>Consulta de terapia grupal</u> Dentro de la red: • \$75 de copago Fuera de la red: • \$100 de copago <u>Consulta de terapia individual</u> Dentro de la red: • \$75 de copago Fuera de la red: • \$100 de copago	<u>Consulta de terapia grupal</u> Dentro de la red: • \$75 de copago Fuera de la red: • \$100 de copago <u>Consulta de terapia individual</u> Dentro de la red: • \$75 de copago Fuera de la red: • \$100 de copago
Elementos de venta libre	• \$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.	Sin cobertura

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>)	<u>Dispositivos ortopédicos</u> Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total <u>Suministros médicos relacionados</u> Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total	<u>Dispositivos ortopédicos</u> Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total <u>Suministros médicos relacionados</u> Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 20% del costo total
Comidas	Sin cobertura	Sin cobertura
Diálisis renal	Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 40% del costo total	Dentro de la red: • 20% del costo total Fuera de la red: • 40% del costo total
Servicios de telemedicina	Dentro de la red: • \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive	Dentro de la red: • \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)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.	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 Suplementarios Opcionales	Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) SM	Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO) SM
Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales (OSB, en inglés) ◦ Prima mensual	• Usted paga adicionalmente \$40.40 por mes ◦ Visión ◦ Dental ◦ Audición	• No se incluye



**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., 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 1-877-774-8592 (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/) 1-877-774-8592 (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 दुभाषयिणी सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषयिणी प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-774-8592 (TTY/TDD: 711). पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी 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.

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

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.