



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**

# Resumen de Beneficios

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

**1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019**

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

## Lista de verificación previa a la solicitud de cobertura

Antes de tomar la decisión de solicitar cobertura, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un especialista en Servicio al Cliente al 1-877-774-8592 (TTY: 7-1-1). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

### Cómo entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés), especialmente para esos servicios por los cuales consulta a un médico. Visite [www.getblueil.com/mapd](http://www.getblueil.com/mapd) o llame al 1-877-774-8592 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente sean de la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la cual acude para los medicamentos con receta sea de la red. Si la farmacia no figura en el directorio, probablemente deberá seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

### Cómo entender las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su cobertura médica, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, la prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2019.
- Excepto en casos en los que requiera atención médica inmediata o de emergencia, no incluimos los prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de prestadores de servicios médicos).
- Nuestra cobertura le permite consultar a prestadores de servicios médicos fuera de nuestra red (prestadores de servicios médicos sin contrato). Sin embargo, aunque nosotros paguemos por los servicios con cobertura prestados por un prestador de servicios médicos sin contrato, el prestador de servicios debe aceptar brindarle tratamiento. Excepto en casos en los que requiera atención médica inmediata o de emergencia, los prestadores de servicios médicos sin contrato pueden negarle la atención médica.  
**Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por un prestador de servicios médicos sin contrato.**

# INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>                    |  |
|--|--|
| <b>Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir los beneficios de Medicare</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (pago por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.</li><li>• Otra opción es recibir sus beneficios de Medicare solicitando una cobertura de Medicare, como <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b>.</li></ul>  |
| <b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>                               | <p>Este folleto de “Resumen de Beneficios” es un resumen de lo que <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b> incluye y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si desea comparar nuestra cobertura con otras coberturas de Medicare, solicite a las otras coberturas los Resúmenes de Beneficios correspondientes. También puede usar el recurso para buscar coberturas de Medicare en <a href="http://es.medicare.gov">http://es.medicare.gov</a>.</li><li>• Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente <b>“Medicare y usted”</b>. Consúltelo en línea en <a href="http://es.medicare.gov">http://es.medicare.gov</a> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li></ul> |
| <b>Secciones en este folleto</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lo que hay que saber sobre <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b></li><li>• Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios con cobertura</li><li>• Beneficios médicos y hospitalarios con cobertura</li><li>• Beneficios para medicamentos con receta</li><li>• Beneficios opcionales (pagará una prima adicional para obtener estos beneficios)</li></ul>   |
|  | <p>Este documento podría estar disponible en otros formatos como braille y letra grande. Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto al inglés.</p> <p>Para obtener información adicional, llámenos al 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</p> <p>This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-877-774-8592 (TTY/TDD users should call 7-1-1).</p>   |
| <b>Horario de atención</b>   | <p>Lo que hay que saber sobre <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.</li><li>• Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro.</li></ul>   |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>           |   |
|---|---|
| <b>Números telefónicos y sitio web</b>                                      | <p>Si es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no es un asegurado de esta cobertura, llame sin costo al 1-877-608-2698 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1).</li> <li>• Nuestro sitio web:<br/>www.getblueil.com/mapd</li> </ul>  |
| <b>¿Quiénes pueden solicitar cobertura?</b>                                 | <p>Para solicitar la cobertura en <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b>, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Illinois: DuPage y Will.</p>   |
| <b>¿Cuáles son los médicos, hospitales y farmacias que puedo consultar?</b> | <p><b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)</b> tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores de servicios médicos. Para algunos servicios, puede consultar con prestadores de servicios médicos fuera de nuestra red.</p> <p>Generalmente, tiene que usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos incluidos en la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferencial. Es posible que pague menos si acude a estas farmacias.</p> <p>Puede consultar el Directorio de prestadores de servicios médicos y farmacias de nuestra cobertura en nuestro sitio web (www.getblueil.com/mapd).</p> <p>También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de prestadores de servicios médicos y farmacias.</p>  |
| <b>¿Qué incluimos?</b>  | <p>Como todas las coberturas de Medicare, incluimos todo lo que incluye Original Medicare y <i>más</i>.</p> <p><b>Nuestros asegurados reciben <i>todos</i> los beneficios que incluye Original Medicare. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar más con nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare.</b> Para otros, quizás deba pagar menos.</p> <p><b>Nuestros asegurados también reciben <i>más de lo que incluye Original Medicare</i>.</b> Algunos de los beneficios adicionales se resumen en este folleto.</p> <p>Incluimos los medicamentos de la Parte D. Además, incluimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por prestadores de servicios médicos.</p> <p>Puede consultar la lista completa de medicamentos (de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.getblueil.com/mapd). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.</p> |
| <b>¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?</b>                      | <p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. La suma que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de cobertura en la que esté. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de cobertura: Cobertura inicial, Interrupción en la cobertura y Cobertura para casos catastróficos.</p>   |

## RESUMEN DE BENEFICIOS

1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>                               |  |
|---|--|
| <b>PRIMAS MENSUALES, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CON COBERTURA</b> |  |
| <b>¿Cuál es el costo de la prima mensual?</b>   | \$86 por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.   |
| <b>¿Cuánto es el deducible?</b>   | Esta cobertura no tiene deducible.   |
| <b>¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios con cobertura?</b>                         | <p>Sí. Como todas las coberturas de Medicare, nuestra cobertura lo protege al establecer límites anuales en los gastos de bolsillo por servicios de atención médica y hospitalaria.</p> <p>Límite anual en esta cobertura:</p> <p>\$4,500 por los servicios que recibe de prestadores de servicios médicos de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual y los gastos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D.</p> |
| <b>¿Hay un límite de lo que pagará la cobertura?</b>  | Nuestra cobertura tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios de cualquier prestador de servicios médicos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre los servicios elegibles   |

**BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CON COBERTURA**

AVISO: Es posible que los servicios con un <sup>1</sup> requieran autorización previa. Es posible que los servicios con un <sup>2</sup> requieran una orden médica (referido) de su médico.

**ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES INTERNADOS**

**Atención hospitalaria para pacientes internados<sup>1, 2</sup>**

Nuestra cobertura incluye una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

En la red:

- Copago de \$225 por día para los días 1 a 8
- No debe pagar nada por día para los días 9 a 90
- No debe pagar nada por día desde el día 91 en adelante

Fuera de la red:

- 40% del costo total por estadía

**Pacientes externos: Cirugías<sup>1, 2</sup>**

Centro quirúrgico para pacientes externos:

- En la red: copago de \$275
- Fuera de la red: 40% del costo total

Servicios hospitalarios para pacientes externos:

- En la red: copago de \$0 a \$275
- Fuera de la red: 40% del costo total

**ATENCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS**

**Consultas médicas presenciales<sup>1, 2</sup>**

Consultas con el médico de cabecera:

- En la red: no debe pagar nada
- Fuera de la red: copago de \$60

Consultas con especialistas:

- En la red: copago de \$40
- Fuera de la red: copago de \$75

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b> |   |
|---|---|
| <b>Atención médica preventiva<sup>1, 2</sup></b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: no debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: copago de \$60</li> </ul> <p>Nuestra cobertura incluye muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento por abuso de alcohol</li> <li>• Examen de densidad ósea</li> <li>• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia para la salud mental)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Examen de detección de depresión</li> <li>• Exámenes de detección de diabetes</li> <li>• Examen de detección de VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y antineumocócica</li> <li>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de "bienestar"</li> </ul> <p>Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato tendrá cobertura.</p> |
| <b>Atención médica de emergencia</b>                              | <p>Copago de \$90</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de los 3 días de una emergencia, no tiene que pagar el costo total compartido que le corresponde por atención médica de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" en este folleto para informarse sobre otros costos.</p>  |
| <b>Atención inmediata</b>   | <p>Copago de \$30</p>   |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>  |  |
|--|--|
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías (es posible que los costos de estos servicios varíen según el lugar donde se realicen)<sup>1, 2</sup></b> | <p>Servicios de radiología diagnóstica (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$225</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$0 a \$50, según el servicio</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Servicios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: no debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Radiografías para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: no debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> |
| <b>Servicios para la audición<sup>1, 2</sup></b>   | <p>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$5</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>   |



| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b> |   |
|---|---|
| <b>Servicios dentales<sup>1,2</sup></b>                           | <p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o remplazo de dientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$45</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <p>Limpiezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$0. Usted tiene cobertura de hasta 2 por año.</li> </ul> <p>Radiografías dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$0. Usted tiene cobertura de hasta 1 por año.</li> </ul> <p>Examen bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$0. Usted tiene cobertura de hasta 2 por año.</li> </ul> <p>Cobertura dental completa:</p> <p>Máximo anual de \$500; el asegurado paga el 50% por servicios básicos de restauración (por ejemplo, caries, extracciones dentales no quirúrgicas); servicios de restauración mayores y prostodoncia (por ejemplo, endodoncias, coronas y dentaduras postizas). Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios de su cobertura dental, consulte la Evidencia de Cobertura.</p> |
| <b>Servicios para la vista<sup>1</sup></b>                        | <p>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y problemas de la vista (que incluye detección anual de glaucoma):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: No debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Examen de la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$0. Usted tiene cobertura de hasta 1 por año.</li> </ul> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: No debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>  |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b> |  |
|---|--|
| <b>Atención de salud mental<sup>1, 2</sup></b>                    | <p>Consulta como paciente internado:</p> <p>Nuestra cobertura incluye hasta 190 días durante toda su vida para servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no tiene efecto sobre los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en asilos especializados (SNF, en inglés) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es admitido para ser internado y finaliza cuando deja de recibir atención hospitalaria (o atención especializada en un asilo especializado) por 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un asilo especializado luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Pagará el deducible de paciente internado para cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficio.</p> <p>Nuestra cobertura incluye 90 días de hospitalización.</p> <p>Nuestra cobertura también incluye 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que incluimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados se limitará a 90 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$225 por día para los días 1 a 7<br/>No debe pagar nada por día para los días 8 a 90</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total por estadía</li> </ul> |
| <b>Atención de salud mental<sup>1, 2</sup> (continuación)</b>     | <p>Consulta de terapia de grupo para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$30</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Consulta de terapia individual para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$30</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>  |
| <b>Asilos especializados (SNF)<sup>1, 2</sup></b>                 | <p>Nuestra cobertura incluye hasta 100 días en un asilo especializado.</p> <p>En la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe pagar nada por día para los días 1 a 10</li> <li>• No debe pagar nada por día para los días 11 a 20</li> <li>• Copago de \$172.00 por día para los días 21 a 100</li> </ul> <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% del costo total por estadía</li> </ul>  |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b> |   |
|---|---|
| <b>Rehabilitación para pacientes externos<sup>1, 2</sup></b>      | <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones, hasta 36 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$50, según el servicio</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Consulta de terapia ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$35</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$40</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> |
| <b>Ambulancia<sup>1</sup></b>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$225</li> <li>• Fuera de la red: copago de \$225</li> </ul>  |
| <b>Transporte<sup>1, 2</sup></b>                                  | Sin cobertura   |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>          | <p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>  |
| <b>Acupuntura</b>   | Sin cobertura   |
| <b>Atención quiropráctica<sup>1, 2</sup></b>                      | <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se mueven de su posición):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$20</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>   |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>               |  |
|---|--|
| <b>Servicios y suministros para la diabetes<sup>1, 2</sup></b>                  | <p>Suministros para el control de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: del 0% al 20% del costo total, según el suministro</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: No debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Zapatos o plantillas ortopédicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Gastos compartidos al 0% limitados a medidores y tiras reactivas para diabéticos de una de las marcas de Ascensia (Contour Next One, Contour Next EZ y Contour Next) obtenidos en una farmacia.</p> <p>Gastos compartidos al 20% para medidores y tiras reactivas no preferenciales aprobados por la cobertura. Todas las tiras reactivas también estarán sujetas a una cantidad límite de 204 por 30 días.</p> <p>Gastos compartidos al 20% para todos los demás suministros para diabéticos de esta categoría.</p> |
| <b>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etcétera)<sup>1</sup></b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 30% del costo total</li> </ul>   |
| <b>Programas de bienestar</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 visita con un nutricionista con un copago de \$0 una vez al año</li> </ul> <p>Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers<sup>®†</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SilverSneakers<sup>®</sup> es el programa de ejercicios líder en el país, diseñado exclusivamente para beneficiarios de Medicare. Los asegurados elegibles tienen acceso a un gimnasio estándar donde pueden disfrutar de clases especializadas de bajo impacto de SilverSneakers, que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.</li> <li>• Incluido</li> </ul>  |
| <b>Atención de los pies (servicios de podiatría)<sup>1, 2</sup></b>             | <p>Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple ciertas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$40</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>  |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b>                                 |   |
|---|---|
| <b>Atención médica en el hogar<sup>1, 2</sup></b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: no debe pagar nada</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>   |
| <b>Tratamiento para el abuso de sustancias controladas para pacientes externos<sup>1, 2</sup></b> | <p>Consulta de terapia de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$75</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Consulta de terapia individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: copago de \$75</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> |
| <b>Artículos de venta libre</b>   | Sin cobertura   |
| <b>Prótesis (<i>bragueros, extremidades artificiales, etcétera</i>)<sup>1</sup></b>               | <p>Prótesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul> <p>Suministros médicos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 40% del costo total</li> </ul>         |
| <b>Diálisis renal<sup>1, 2</sup></b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la red: 20% del costo total</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo total</li> </ul>  |
| <b>Asilo para pacientes terminales</b>  | No debe pagar nada por atención médica en asilos acreditados por Medicare. Puede que deba pagar parte de los costos totales por los medicamentos y la atención médica de relevo. La atención en asilos fuera de la cobertura está incluida. Comuníquese con nosotros para obtener más información.                                      |

† SilverSneakers® es un programa de bienestar cuya propiedad y administración corresponden a Tivity Health, Inc., una compañía independiente. Tivity Health y SilverSneakers® son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc., y/o sus subsidiarias y/o filiales en los EE. UU. y/o en otros países.

**BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA**

**Cobertura inicial**

Pagará lo siguiente hasta que el costo total anual de los medicamentos alcance los \$3,820. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestra cobertura de la Parte D pagaron. Puede conseguir sus medicamentos en farmacias de la red y farmacias con servicio de envío por correo.

**Gastos compartidos estándar**

| <b>Nivel</b>   | <b>Suministro de un mes</b> | <b>Suministro de tres meses</b> |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b>   | Copago de \$5               | Copago de \$15                  |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                  | Copago de \$19              | Copago de \$57                  |
| <b>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)</b>    | Copago de \$47              | Copago de \$141                 |
| <b>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)</b> | Copago de \$100             | Copago de \$300                 |
| <b>Nivel 5 (Medicamentos especializados)</b>             | 33% del costo total         | 33% del costo total             |

**Gastos compartidos preferenciales**

| <b>Nivel</b>   | <b>Suministro de un mes</b> | <b>Suministro de tres meses</b> |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b>   | Copago de \$0               | Copago de \$0                   |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                  | Copago de \$8               | Copago de \$24                  |
| <b>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)</b>    | Copago de \$39              | Copago de \$117                 |
| <b>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)</b> | Copago de \$95              | Copago de \$285                 |
| <b>Nivel 5 (Medicamentos especializados)</b>             | 33% del costo total         | 33% del costo total             |

| <b>Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup></b> |   |                     |
|---|---|---------------------|
| <b>Cobertura inicial<br/>(continuación)</b>                       | <b>Gastos compartidos estándar en pedidos por correo</b>  |                     |
|   | <b>Nivel</b>  |                     |
|   | <b>Suministro de tres meses</b>   |                     |
|   | <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b>  | Copago de \$15      |
|   | <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>   | Copago de \$57      |
|   | <b>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)</b>   | Copago de \$141     |
|   | <b>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)</b>  | Copago de \$300     |
|   | <b>Nivel 5 (Medicamentos especializados)</b>  | 33% del costo total |
|   | Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia.<br>Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red. |                     |
|   | <b>Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo</b>  |                     |
| <b>Nivel</b>  | <b>Suministro de tres meses</b>   |                     |
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b>            | Copago de \$0   |                     |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                           | Copago de \$24  |                     |
| <b>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferenciales)</b>             | Copago de \$117   |                     |
| <b>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferenciales)</b>          | Copago de \$285   |                     |
| <b>Nivel 5 (Medicamentos especializados)</b>                      | 33% del costo total   |                     |

**Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup>****Interrupción en la cobertura**

La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción en la cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (que incluye lo que nuestra cobertura pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$3,820.

Luego de que ingrese en el período de interrupción en la cobertura, usted paga el 25% del costo de la cobertura para medicamentos de marca incluidos y el 37% del costo de la cobertura para medicamentos genéricos incluidos hasta que sus gastos alcancen un total de \$5,100, lo que marca el final del período de interrupción en la cobertura. No todos ingresarán al período de interrupción en la cobertura.

En virtud de esta cobertura, es posible que pague aún menos por los medicamentos de marca y genéricos de la lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Tendrá que usar su lista de medicamentos para averiguar su nivel de pago por medicamento. Consulte la tabla a continuación para saber cuánto le costarán los medicamentos.

**Gastos compartidos estándar**

| Nivel  | Medicamentos con cobertura | Suministro de un mes | Suministro de tres meses |
|--|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b> | Todos                      | Copago de \$5        | Copago de \$15           |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                | Sin cobertura              | Sin cobertura        | Sin cobertura            |

**Gastos compartidos preferenciales**

| Nivel  | Medicamentos con cobertura | Suministro de un mes | Suministro de tres meses |
|--|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b> | Todos                      | Copago de \$0        | Copago de \$0            |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                | Sin cobertura              | Sin cobertura        | Sin cobertura            |

**Gastos compartidos estándar en pedidos por correo**

| Nivel  | Medicamentos con cobertura | Suministro de tres meses |
|--|----------------------------|--------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b> | Todos                      | Copago de \$15           |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                | Sin cobertura              | Sin cobertura            |

**Gastos compartidos preferenciales en pedidos por correo**

| Nivel  | Medicamentos con cobertura | Suministro de tres meses |
|--|----------------------------|--------------------------|
| <b>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferenciales)</b> | Todos                      | Copago de \$0            |
| <b>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</b>                | Sin cobertura              | Sin cobertura            |



**Blue Cross Medicare Advantage Elite (HMO-POS)<sup>SM</sup>****Cobertura para casos  
catastróficos**

Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia y a través de pedidos por correo) alcance un total de \$5,100, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:

- El 5% del costo total, o
- Copago de \$3.40 por medicamentos genéricos (incluidos los de marca tratados como genéricos) y copago de \$8.50 por todos los demás medicamentos.



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**

Blue Cross and Blue Shield of Illinois complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Illinois does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Illinois has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.  
Zadzwoń pod numer 1-877-774-8592 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-774-8592 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
1-877-774-8592 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-774-8592  
(رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.  
Звоните 1-877-774-8592 (телетайп: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-774-8592  
(TTY: 711)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-774-8592  
(TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.  
Gọi số 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-774-8592 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-774-8592 (ATS: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-774-8592 (TTY: 711).



**BlueCross BlueShield  
of Illinois**

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red

Esta información no representa una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 7-1-1), para obtener más información.

Las coberturas HMO y HMO-POS son provistas por Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de HCSC depende de la renovación del contrato.