



**BlueCross BlueShield
of Oklahoma**

Resumen de Beneficios

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM

1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

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

Y0096_8554003SB23SPA_M

613720.1022

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 1-855-231-2552 (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 getblueok.com/dsnp o llame al 1-855-231-2552.
- ☐ 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 Dual Care Plus (HMO SNP) Del 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023

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

La información proporcionada sobre los beneficios no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-855-231-2552 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en getblueok.com/dsnp.

Para registrarse en **Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Oklahoma: Blaine, Bryan, Canadian, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Kay, Kingfisher, Lincoln, Logan, Marshall, McClain, McIntosh, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pottawatomie, Seminole, y Tulsa.

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 1-855-231-2552 (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 getblueok.com/dsnp.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Prima Mensual del Plan (<i>incluye medicamentos y servicios médicos</i>)	Usted paga \$0 - \$26.10 por mes. Además, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.
Reducción de la prima de la Parte B (si procede)	Este plan no cuenta con reducción de la prima de la Parte B.
Deducible	\$0 o \$233
Responsabilidad máxima del bolsillo (<i>no incluye los medicamentos con receta de la Parte D</i>)	En este plan, es posible que no tenga que pagar nada por los servicios incluidos de Medicare, según su categoría de elegibilidad para Medicaid Oklahoma. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$7,550 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 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. Consulte el manual "Medicare y Usted" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios incluidos de Oklahoma Health Care Authority (OHCA), consulte la sección Cobertura de Medicaid de este documento. Tenga en cuenta que aún necesitará pagar sus primas mensuales y costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Paciente internado	Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación: • \$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90 • \$0 o \$778 de copago por día por cada período de beneficios (por un máximo de 60 días de por vida) Estos montos pueden modificarse para el 2023. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.
Atención hospitalaria ambulatoria	Un 0% o un copago de 20% del costo total
Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados (ASC, en inglés)	0% o 20% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Consultas al doctor ◦ Profesional de la salud primaria ◦ Especialistas	<u>Consulta con un profesional de la salud primaria</u> ◦ Un 0% o un 20% del costo total <u>Especialistas</u> ◦ Un 0% o un 20% del costo total
Atención médica preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	\$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, incluso si no ha pagado su deducible. 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.
Atención de Emergencia	0% o 20% del costo total hasta un máximo de \$95 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	Un 0% o 20% del costo total hasta \$60 por consulta

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) 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> • Un 0% o un Copago de 20% del costo total en una clínica independiente, y un 0% o 20% del costo total por servicios brindados en un entorno hospitalario ambulatorio <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> • 0% del costo total <u>Servicios de laboratorio</u> • 0% del costo total <u>Radiografías ambulatorias</u> • 0% o 20% del costo total <u>Servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</u> • 0% o 20% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) 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> • 0% o 20% del costo total <u>Examen auditivo de rutina</u> • \$0 de copago para 1 examen de audición rutinario cada año <u>Colocación/evaluación de audífonos</u> • \$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. <u>Audífonos</u> • Hay un límite máximo de cobertura del plan de \$2,000 para audífonos (ambos oídos combinados) adquiridos dentro de la red cada año.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) 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> • 0% o 20% del costo total <u>Servicios dentales preventivos</u> <u>Limpiezas</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 1 limpieza(s) por año <u>Exámenes bucales</u> Dentro y Fuera de la Red: • Copago de \$0 por un máximo de 1 exámenes bucales por año <u>Servicios dentales integrales</u> Dentro y Fuera de la Red: • Cobertura anual máxima de \$3,000. Para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones de beneficios respecto a su cobertura dental, consulte su Evidencia de Cobertura.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
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> • 0% o 20% del costo total <u>Examen oftalmológico de rutina</u> • Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año <u>Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u> • 0% o 20% del costo total por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas <u>Elementos para la vista de rutina</u> Lentes de contacto Dentro de la Red: • \$0 de copago. Armazones para anteojos Dentro de la Red: • \$0 de copago por 1 par de armazones de anteojos cada año Cristales de anteojos Dentro 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 \$400 dentro y 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 Dual Care Plus (HMO SNP) 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. Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación: • \$0 o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$389 de copago por día para los días del 61 al 90 Estos montos pueden modificarse para el 2023.
	<u>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios</u> • 0% o 20% del costo total <u>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios</u> • 0% o 20% del costo total

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Centro de enfermería especializada (SNF)	Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en periodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado (o atención en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Durante el 2022, las sumas por cada período de beneficios son de \$0 o como se indica a continuación: • \$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$194.50 de copago por día para los días 21 a 100. Estos montos pueden modificarse para el 2023. Nuestro plan cubre una cantidad de hasta 100 días en un SNF.
Fisioterapia	Un 0% o un 20% del costo total
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) • 0% o 20% del costo total <u>Consulta de terapia ocupacional</u> • 0% o 20% del costo total
Ambulancia	Un 0% o un 20% del costo total por cada viaje de transporte terrestre de ida o regreso, un 0% o un 20% del costo total por cada viaje de transporte aéreo de ida o regreso.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Transporte	\$0 de copago por hasta 24 viajes de ida cada año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.
Medicamentos de Medicare Parte B	Un 0% o un 20% del costo total por medicamentos para quimioterapia. Un 0% o un 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
Deducible	De \$0 a \$505 (según sus ingresos y su condición institucional) por año para medicamentos con receta de la Parte D 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, incluso si todavía no ha pagado su deducible.
Cobertura inicial	En función de sus ingresos y su condición institucional, usted paga lo que se indica a continuación después de pagar su deducible anual, si corresponde: Medicamentos Genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): • Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.45; un copago de \$4.15 o un 15% del costo total por receta médica. Todos los demás medicamentos • Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.30; un copago de \$10.35 o un 15% del costo total por receta médica. Es posible que reciba sus medicamentos en las farmacias comerciales dentro de la red y en las farmacias de servicio por correo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
Brecha en cobertura	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. Etapas de Interrupción en la Cobertura 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.
Cobertura catastrófica	En función de sus ingresos y su estado institucional, después de que los costos anuales de gastos de bolsillo por sus medicamentos (lo que incluye medicamentos comprados a través de una farmacia minorista y pedido por correo) alcancen los \$7,400, su parte de los costos por un medicamento incluido será lo que se indica a continuación: • \$0; o • Un coseguro o un copago, cual fuera la suma mayor: ◦ – ya sea – un coseguro del 5% del costo del medicamento ◦ – o – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. • Nuestro plan paga el resto del costo

Primas y Beneficios	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	
Cobertura para casos catastróficos (después de que usted u otros en su nombre paguen \$7,400) ◦ 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)
Los gastos compartidos pueden variar en función de la farmacia que elija.	

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Acupuntura para lumbago crónico	• 0% o 20% del costo total
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) • 0% o 20% del costo total
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> Un 0% o 20% del costo total <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> \$0 de copago <u>Calzado o plantillas ortopédicos</u> Un 0% o un 20% del costo total
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	• 0% o 20% del costo total

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) 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-Demand[™] y una aplicación móvil, SilverSneakers GO[™]. Además, obtiene acceso a GetSetUp3, con miles de clases en línea en vivo para fomentar su interés en temas como la cocina, la tecnología y el arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número personal de id. de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información acerca de su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. 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.

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
	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. † SilverSneakers, SilverSneakers FLEX, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas o marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.
Flex Card (Tarjeta Flex)	Beneficio anual de \$1,000 La tarjeta de gastos flexibles es una tarjeta de débito precargada que se puede utilizar para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo de los servicios de sus proveedores dentales, de la visión y de la audición.
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>)	<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> • 0% o 20% del costo total
Atención médica en el hogar	• \$0 de copago
Servicios del programa de tratamiento de opioides	• 0% o 0% del costo total
Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias	<u>Consulta de terapia grupal</u> • 0% o 20% del costo total <u>Consulta de terapia individual</u> • 0% o 20% del costo total
Elementos de venta libre	• Límite de cobertura del plan de \$255 cada 3 meses para medicamentos de venta libre específicos y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.

Beneficios Adicionales para los Asegurados	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>)	<u>Dispositivos ortopédicos</u> • 0% o 20% del costo total <u>Suministros médicos relacionados</u> • 0% o 20% del costo total
Comidas	• 2 comidas al día, durante 14 días. Ocurrencias ilimitadas anualmente después de una hospitalización
Diálisis renal	• 0% o 20% del costo total
Servicios de telemedicina	• \$0 de copago para consultas de atención médica inmediata a través de MDLive
Centro de Cuidado Paliativo	No paga nada por cuidados paliativos desde un centro paliativo con certificación de Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos totales de los medicamentos y la atención médica de relevo. Un centro paliativo está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

BENEFICIOS DE MEDICAID Oklahoma

MIEMBROS ELEGIBLES PARA MEDICAID Oklahoma

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

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

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS COMPARTIDOS Y COPAGO

En el plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP), el miembro recibe ayuda para cubrir gastos por parte de Medicare a través del programa Medicaid estatal. La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su categoría de elegibilidad de Medicaid. Independiente de su categoría de elegibilidad para Medicaid, Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Incluidos del Resumen de Beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-855-231-2552 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las categorías de elegibilidad para Medicaid y el monto de gastos compartidos del miembro se indican a continuación:

SI ES UN BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE (QMB)

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

SI ES UN BENEFICIARIO DE MEDICARE DE BAJOS INGRESOS ESPECIFICADOS (SLMB)/PERSONA ELEGIBLE (QI1)

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

SI ES UN EMPLEADO CALIFICADO Y DISCAPACITADO (QWDI)

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

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Acupuntura	• Sin cobertura	• La cobertura se limita a acupuntura cubierta por Medicare para dolor lumbar crónico
Ambulancia	Servicios de ambulancia médicamente necesarios: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Atención quiropática	El tratamiento quiropático de manipulación (CMT, por sus siglas en inglés) realizado por un quiropático con licencia de la Junta estatal de examinadores de quiropática de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Servicios Dentales	En el caso de las personas que tienen 20 años, o menos, o que tienen 21 años, o más, en un ICF-MR: • Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Suministros y servicios para la diabetes	Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías (Los costos de estos servicios pueden variar si se reciben en un centro de cirugía ambulatoria)*	• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Consultas con el médico	• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Equipo médico duradero (<i>sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)	Incluye silla de ruedas, oxígeno: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Atención de Emergencia	Cualquier visita a la sala de emergencias si el miembro considera razonablemente que necesita atención médica de emergencia: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Cuidado de los pies (servicios de podología)	• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Servicios auditivos	• Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Atención médica en el hogar	Incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios de enfermería privada y servicios de atención personal: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Rehabilitación para pacientes no hospitalizados	• Para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Servicios ambulatorios de tratamiento para el abuso de sustancias	Evaluación, tratamiento ambulatorio/ desintoxicación y tratamiento de medicación asistida (MAT): • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Cirugía para pacientes no hospitalizados	• Medicaid paga por algunos servicios de cirugía si no están cubiertos por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Elementos de venta libre	• Sin cobertura	• Con cobertura
Dispositivos protésicos <i>(soportes, extremidades artificiales, etc.)</i>	Incluye dispositivos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc. • Para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad (CCP), Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Medicaid paga por prótesis mamarias para las miembros de todas las edades si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Diálisis renal	• Sin cobertura	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Transporte	Rutina: • El Programa de Transporte Médico de Medicaid (MTP) brinda el servicio de transportación que no es de emergencia si no está cubierto por Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura
Servicios Requeridos Urgentemente	Esta NO es atención médica de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio: • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Servicios para la vista	- Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. - Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Los servicios que presta un oculista se limitan a la adaptación y dispensación de anteojos o lentes de contacto de necesidad médica.	Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Atención médica preventiva	Prueba de Papanicolaou y exploraciones pélvicas (para mujeres) Mamografías (examen preventivo anual) Exámenes de detección de cáncer de próstata Exámenes de detección de cáncer colorrectal (para personas a partir de los 50 años) Inmunizaciones • Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. Determinación de la masa ósea (para personas que están en riesgo):	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
	• La medición de masa ósea es un beneficio de Texas Medicaid. • Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Centro de Cuidado Paliativo	• Medicaid paga por este servicio para ciertos miembros de exención si este no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. • Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos para todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos para servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.	• Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Atención en hospital para pacientes internados	- Las internaciones son un beneficio incluido. Medicaid paga el coseguro, los copagos y el deducible por servicios incluidos de Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. - Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Con cobertura
Centro de enfermería especializada (SNF)	En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare: - Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. - Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.	Con cobertura

	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023	RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICARE desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023
Beneficio	Oklahoma Health Care Authority (OHCA)	Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) SM (Consulte los detalles de los beneficios mencionados anteriormente)
Beneficios de los Medicamentos Recetados	• \$0 de copago por medicamentos con receta cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por la Parte D de Medicare Nota: Medicaid no cubrirá ningún medicamento incluido en la Parte D de Medicare.	• Con cobertura

BENEFICIOS INCLUIDOS DE MEDICAID

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

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

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE MEDICAID

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

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

BENEFICIO COMUNITARIO BASADO EN LA AGENCIA DE MEDICAID

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

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

BENEFICIO COMUNITARIO AUTODIRIGIDO DE MEDICAID

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

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

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

SI USTED ES UN BENEFICIARIO QMB, SLMB, QI1 O QDWI:

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

Aviso del Plan de Medicaid:

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Aviso del Plan de Medicare Advantage:

Planes disponibles en los condados de Blaine, Bryan, Canadian, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Kay, Kingfisher, Lincoln, Logan, Marshall, McClain, McIntosh, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pottawatomie, Seminole, y Tulsa.

Las coberturas HMO y PPO son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, que se refiere a GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs) (cobertura HMO) y se refiere a GHS Insurance Company (GHSIC) (cobertura HMO Special Needs y coberturas PPO). Los planes HMO y PPO para grupos de empleadores/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC). HCSC, BlueLincs y GHSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, BlueLincs y GHSIC son organizaciones de Medicare Advantage que tienen un contrato con Medicare. GHSIC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Oklahoma. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Este plan se encuentra disponible para todas las personas que cuenten con Asistencia Médica proporcionada por el estado y Medicare, y que se encuentren inscritas en el plan Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma de Medicaid.

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



**BlueCross BlueShield
of Oklahoma**

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma 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 Oklahoma 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 Oklahoma:

- 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 Oklahoma no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington D. C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arabic: سيقوم شخص ما يتحدث العربية إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول (TTY/) 1-877-688-1813 (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 1-877-688-1813 (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 1-877-688-1813 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

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

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

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



Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros de Blue Cross Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-231-2552 (TTY: 711) para obtener más información.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Una parte de estos servicios los financia el estado de Oklahoma.

HMO Special Needs Plan es proporcionado por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, que se refiere a GHS Insurance Services Company (GHSIC), una Licenciataria Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GHSIC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Oklahoma. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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

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