

CUADRO COMPARATIVO DE PLANES MÉDICOS

EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO Y JUBILADOS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE

VIGENTE DESDE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Esta tabla muestra la parte de los costos que le corresponde abonar para los beneficios más habituales de atención médica, salud mental, medicamentos con receta y suministros para la diabetes en los planes HealthSelect of Texas® y Consumer Directed HealthSelectSM. Para obtener información detallada sobre la elegibilidad, sobre los servicios cubiertos y no cubiertos y sobre cómo se pagan los beneficios, consulte los Documentos maestros de beneficios del plan (MBPD) en el sitio web de su plan. Si hay un conflicto entre el MBPD, las enmiendas al MBPD y esta tabla, regirán el MBPD y sus enmiendas.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) administra los beneficios médicos y de salud mental en ambos planes. Express Scripts administra los beneficios de medicamentos con receta de los planes. Como administradores, procesan los reclamos y supervisan las redes de proveedores y los formularios de medicamentos. ERS planifica los beneficios y paga los reclamos.

	HealthSelect [®] of Texas		CONSUMER DIRECTED HealthSelect [®]	
	HealthSelect of Texas [®] y HealthSelect SM fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Administrador	Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)			
Deducible anual	Ninguno	\$500 por persona \$1,500 por familia	\$2,100 por persona, \$4,200 por familia Para ayudar a cubrir parte del deducible, el Estado contribuye a la cuenta de ahorro para gastos médicos de un participante elegible: \$540/año por persona, \$1,080/año por familia	\$4,200 por persona, \$8,400 por familia Para ayudar a cubrir parte del deducible, el Estado contribuye a la cuenta de ahorro para gastos médicos de un participante elegible: \$540/año por persona, \$1,080/año por familia
¿Beneficios fuera de la red?		Sí. Consulte la página siguiente para obtener más información.		Sí. Consulte la página siguiente para obtener más información.
¿Facturación del saldo? (La facturación del saldo ocurre cuando un proveedor fuera de la red le cobra la diferencia entre sus cargos facturados y la cantidad permitida del plan).		Sí. La facturación de saldos podría aplicar a ciertos servicios fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Documento principal del plan de beneficios.		Sí. La facturación de saldos podría aplicar a ciertos servicios fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Documento principal del plan de beneficios.
Máximo de gastos de bolsillo total dentro de la red (incluyendo deducibles, coseguro y copagos) ¹	1 de enero - 31 de diciembre de 2024: \$7,500 por persona, \$15,000 por familia 1 de enero - 31 de diciembre de 2025: \$8,050 por persona, \$16,100 por familia		1 de enero - 31 de diciembre de 2024: \$7,500 por persona, \$15,000 por familia 1 de enero - 31 de diciembre de 2025: \$8,050 por persona, \$16,100 por familia	
Gastos de bolsillo máximos por coseguro	\$2,000 por persona	\$7,000 por persona	Ninguno	Ninguno
Copago máximo para pacientes hospitalizados	Copago máximo de \$750, hasta 5 días por hospitalización \$2,250 de copago máximo por persona por año calendario		Ninguno	Ninguno
¿Se necesita un proveedor de atención primaria (PCP)?	Participantes que viven y trabajan en Texas: Sí Participantes fuera del estado: No	No	No	No
¿Se necesitan remisiones?	Participantes que viven y trabajan en Texas: Sí Participantes fuera del estado: No	No	No	No

¹Incluye copagos, coseguros y deducibles por gastos médicos y medicamentos con receta. No incluye los servicios bariátricos ni los servicios fuera de la red.

Todos los beneficios del programa de beneficios de grupo (Group Benefits Program, GBP) para empleados de Texas podrían cambiar sin aviso previo. La Asamblea Legislativa de Texas decide el nivel de financiamiento para esos beneficios, y no tiene la obligación permanente de darlos tras haber transcurrido el año fiscal.

Beneficios médicos

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Tratamiento de alergias	Cubierto al 100 % si se administra en el consultorio del médico; 20 % de coseguro en cualquier otro centro para pacientes ambulatorios	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Servicios de ambulancia (para emergencias)	20 % de coseguro	20 % de coseguro; no se aplica el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual dentro de la red
Cirugía bariátrica* Se aplican requisitos de elegibilidad adicionales. Consulte el MBPD para obtener más información.	<ul style="list-style-type: none"> Deducible: \$5,000 Coseguro: 20 % Máximo de por vida: \$13,000 	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención quiropráctica	<ul style="list-style-type: none"> Sin visita en el consultorio: 20 % de coseguro Con visita en el consultorio: \$40 de copago más 20 % de coseguro Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario 	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario
Prótesis de pelo craneal (pelucas)	20 % de coseguro; limitado a un beneficio máximo de por vida de \$1,000. No se aplica el deducible	beneficio máximo de por vida de \$1,000 fuera de la red.	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual; limitado a un beneficio máximo de por vida de \$1,000.	
Pruebas de diagnóstico de la hemoglobina glicada (A1c) (para participantes diagnosticados con diabetes)	Coseguro del 20 %; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.
Equipo para la diabetes	Coseguro del 20 %; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 6 para obtener más información.
Suministros para la diabetes	Consulte la página 6 para obtener más información.			
Radiografías de diagnóstico y análisis de laboratorio	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Mamografía de diagnóstico	Cubierto al 100 %	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Cubierto al 100 %	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Equipo médico duradero	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Proveedores en el centro (radiólogos, patólogos y laboratorios, anestesiólogos, médicos de salas de emergencias, etc.)	20 % de coseguro	Emergencias: 20 % de coseguro; no se aplica el deducible anual. Casos que no son de emergencia: 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual (Los beneficios de la red se aplican a los servicios prestados por un proveedor fuera de la red en un centro de la red).	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: 20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Casos que no son de emergencia: 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red. (Los beneficios de la red se aplican a los servicios prestados por un proveedor fuera de la red en un centro de la red).
Atención de emergencia en un centro (no se aplica a las salas de emergencia independientes no afiliadas a un hospital [FSER]) ni a los departamentos de emergencia independientes afiliados a un hospital	\$150 de copago más 20 % de coseguro (en caso de ingreso, el copago se aplicará al copago del hospital).	Emergencias: \$150 de copago más un 20 % de coseguro (si lo ingresan, el copago se aplicará al copago del hospital). No se aplica el deducible anual. Casos que no son de emergencia: \$150 de copago más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: 20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Casos que no son de emergencia: 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.
Sala de emergencias independiente	\$150 de copago más un coseguro del 20 %	Emergencias: \$300 de copago más coseguro del 20 %; no se aplica el deducible anual. Casos que no son de emergencia: \$300 de copago más coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: 20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Casos que no son de emergencia: 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.

*Se recomienda que el proveedor envíe una solicitud a BCBSTX para confirmar la cobertura, las limitaciones y la necesidad médica antes de prestar los servicios.

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Servicios de habilitación y rehabilitación: terapia ambulatoria (incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Aparatos auditivos (para los participantes cubiertos mayores de 18 años)	El plan paga hasta \$1,000 por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería. Se cubren aparatos auditivos dentro y fuera de la red en el mismo nivel de beneficios.		El plan paga hasta \$1,000 por oído cada tres años después de alcanzar el deducible.	
Aparatos auditivos (para participantes menores de 18 años)	El plan paga el 100 %, con un límite de un audífono por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería (los aparatos auditivos dentro y fuera de la red están cubiertos al mismo nivel de beneficios).		20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual dentro de la red (los aparatos auditivos dentro y fuera de la red están cubiertos al mismo nivel de beneficios).	
Radiología de alta tecnología (tomografía computarizada CT, MRI y medicina nuclear)*	\$100 de copago más 20 % de coseguro	\$100 de copago más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Atención médica en casa*	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Paciente interno* y hospicio y rehabilitación para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Centro para pacientes hospitalizados (habitación semiprivada y comida diaria y unidad de cuidados intensivos)*	<ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago/día más 20 % de coseguro Copago máximo de \$750, hasta 5 días por hospitalización Copago máximo individual de \$2,250 por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago/día más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual Copago máximo de \$750, hasta 5 días por hospitalización Copago máximo individual de \$2,250 por año calendario 	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Solo cargos del médico de atención de maternidad; se aplicarán copagos del hospital para pacientes hospitalizados	\$25 o \$40 por la primera visita prenatal; sin copago para citas prenatales o posnatales de rutina posteriores	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Sin cargo por citas prenatales y posnatales de rutina después de alcanzar el deducible anual y un 20 % de coseguro para la visita inicial	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Medicamentos e inyecciones administrados por un proveedor	<ul style="list-style-type: none"> Consultorio del médico: Cubierto al 100 % después del copago (o al 100 % si no hay cargos por la visita en el consultorio) Cualquier otro centro para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro. Vacunas preventivas cubiertas al 100% 	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual Vacunas preventivas cubiertas al 100 %	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Procedimientos de operación y diagnóstico en el consultorio	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio del PCP	\$25 de copago	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Servicio de enfermería privada*	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual Máximo de 96 horas por año calendario	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual Máximo de 96 horas por año calendario
Atención médica de retail en farmacia/clínica sin cita previa	\$25 de copago	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Examen de la vista de rutina, uno por año por participante	\$40 de copago	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Atención preventiva de rutina	Sin costo para los participantes	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	Sin costo para los participantes	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Servicios de un centro de enfermería especializada/ centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados*	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio de un médico especialista	\$40 de copago con remisión válida registrada del PCP	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual

*Se recomienda que el proveedor envíe una solicitud a BCBSTX para confirmar la cobertura, los límites y la necesidad médica antes de prestar los servicios.

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Operación (ambulatoria) que no sea en el consultorio del médico*	\$100 de copago más 20 % de coseguro	\$100 de copago más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visita de telemedicina	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento facturado. • Consultorio del proveedor: \$25/\$40 de copago por visita en el consultorio del médico • Cualquier otra telemedicina para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Tratamientos terapéuticos: pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Clínica de atención de urgencia	\$50 de copago más coseguro del 20%	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visitas virtuales (médicas)	\$0 de copago por visitas virtuales cuando las dan Doctor on Demand® o MDLIVE®	Sin cobertura	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual para visitas virtuales cuando las dan Doctor on Demand o MDLIVE	Sin cobertura

*Se recomienda que el proveedor envíe una solicitud a BCBSTX para confirmar la cobertura, los límites y la necesidad médica antes de prestar los servicios.

Beneficios de salud mental/salud conductual/abuso de sustancias

Los beneficios se aplican a todos los servicios de salud mental/salud conductual/por abuso de sustancias cubiertos (incluyendo el tratamiento de enfermedades mentales graves, el tratamiento por consumo de sustancias, servicios para el trastorno del espectro autista, etc.).

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Estancia por salud mental en un hospital para pacientes hospitalizados*	• \$150 de copago/día más 20 % de coseguro • Copago máximo de \$750, hasta 5 días por hospitalización • Copago máximo individual de \$2,250 por año calendario	• \$150 de copago/día más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual • Copago máximo de \$750, hasta 5 días por hospitalización • Copago máximo individual de \$2,250 por año calendario	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Telemedicina para salud mental	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento facturado. • Consultorio del proveedor: \$25 • Cualquier otra telemedicina para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Atención en un centro ambulatorio (hospitalización parcial/tratamiento diurno y tratamiento ambulatorio extenso)*	20 % de coseguro	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio de un médico o proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Tratamiento de Análisis Conductual Aplicado (ABA)*	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento. • \$25 de copago si se administra en el consultorio de un proveedor de salud mental • 20 % de coseguro para cualquier otro centro para pacientes ambulatorios, incluyendo la casa	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Visitas virtuales (salud mental)	0\$ de copago para visitas virtuales mediante Doctor on Demand o MDLIVE	Sin cobertura	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual para visitas virtuales cuando las dan Doctor on Demand o MDLIVE	Sin cobertura

*Se recomienda que el proveedor envíe una solicitud a BCBSTX para confirmar la cobertura, las limitaciones y la necesidad médica antes de prestar los servicios.

Beneficios de medicamentos con receta

La parte de los costos que debe pagar por sus medicamentos depende del nivel del medicamento, de la cantidad que compre (suministro para 30, 60 o 90 días) y de si la receta médica se surte en una farmacia (dentro de la red o fuera de la red), una farmacia de suministro extendido (EDS) o una farmacia de pedidos por correo postal.

Pagará menos por sus medicamentos si surte sus recetas en una farmacia dentro de la red. La red Express Scripts tiene miles de farmacias de retail, incluyendo cadenas nacionales y muchas farmacias comunitarias. Para buscar una farmacia dentro de la red cerca de usted, use la herramienta Find a Pharmacy en www.HealthSelectRx.com o llame gratis a un representante de atención al cliente de Express Scripts al **(800) 935-7189 (TTY: 711)**.

Los medicamentos que no son de mantenimiento son los que se recetan para uso temporal o condiciones de corto plazo. Los medicamentos de mantenimiento son los que se toman habitualmente para condiciones de largo plazo.

	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Fuera del estado Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Fuera del estado Fuera de la red	Consumer Directed HealthSelect SM Plan médico con deducible alto Dentro de la red	Consumer Directed HealthSelect Plan médico con deducible alto Fuera de la red
Administrador de beneficios de farmacias (Pharmacy Benefits Manager, PBM)	Express Scripts			
¿Beneficios fuera de la red?		Si		Si
Deducible	Se aplica un deducible de \$50 para medicamentos con receta por participante por año calendario antes de que el plan pague cualquier medicamento con receta (excepto los medicamentos de prevención cubiertos, los suministros para la diabetes específicos que se mencionan en la página 6 y la insulina dispensados por una farmacia dentro de la red).		\$2,100 por persona; \$4,200 por familia Los gastos médicos y de medicamentos con receta se aplican al deducible.	\$4,200 por persona; \$8,400 por familia Los gastos médicos y de medicamentos con receta se aplican al deducible.
Nivel 1 (principalmente medicamentos genéricos)	No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$10 Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro para 90 días): \$30 de copago	No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$10 más 40 % de coseguro Pedido por correo o farmacia de suministro extendido (suministro para 90 días): \$30 de copago más 40 % de coseguro	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Nivel 2 (principalmente medicamentos de marca preferidos)*	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$35 De mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$45 Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro para 90 días): \$105 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$35 más 40 % de coseguro No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$45 más 40 % de coseguro Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro para 90 días): \$105 de copago más 40 % de coseguro 	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Nivel 3 (principalmente medicamentos de marca preferidos)*	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$60 De mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$75 Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro de 90 días): \$180 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$60 más 40 % de coseguro No de mantenimiento y de mantenimiento (suministro para 30 días): copago de \$75 más 40 % de coseguro Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro para 90 días): \$180 de copago más 40 % de coseguro 	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual
Medicamentos especializados*	Si se compran mediante una farmacia, los medicamentos especializados se cubren como medicamentos de un nivel específico (genéricos, preferidos o no preferidos) como se menciona arriba. Si no, se cubren como un beneficio médico.		20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual	40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual

*Se puede exigir autorización previa.

Equipo y suministros para la diabetes

Es posible que otros equipos, suministros y medicamentos con receta para la diabetes no mencionados abajo estén cubiertos por estos planes. Para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos con receta o para obtener ayuda para buscar una farmacia dentro de la red, llame gratis a HealthSelect PDP al **(800) 935-7189 (TTY: 711)**. Para obtener más información sobre los beneficios del plan médico, llame gratis a un asistente médico personal de BCBSTX al **(800) 252-8039 (TTY: 711)**.

	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM fuera del estado		Consumer Directed HealthSelect SM	
	Beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)	Beneficios del plan médico	Beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)	Beneficios del plan médico
Glucómetros para la diabetes	Ciertas marcas de glucómetros preferidos están cubiertas sin costo para los participantes cuando se reciben por el programa de glucómetros gratis*. Para obtener más información sobre el programa de glucómetros gratis, llame a Express Scripts.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)	Ciertas marcas de glucómetros preferidos están cubiertas sin costo para los participantes cuando se reciben por el programa de glucómetros gratis*. Para obtener más información sobre el programa de glucómetros gratis, llame a Express Scripts.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)
Monitores continuos de glucosa/bombas de insulina	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados	20 % de coseguro para monitores continuos de glucosa y bombas de insulina dentro y fuera de la red y suministros relacionados por medio de los beneficios de equipo médico duradero	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados	20 % de coseguro para monitores continuos de glucosa y bombas de insulina dentro y fuera de la red y suministros relacionados después de alcanzar el deducible anual, por medio de los beneficios de equipo médico duradero
Suministros para la diabetes	Ciertas marcas de tiras reactivas para diabéticos preferidas* están cubiertas sin costo para los participantes cuando se compran en una farmacia dentro de la red del PDP. Las lancetas, los dispositivos de punción y las jeringas están cubiertos sin costo para los participantes si los compran en una farmacia dentro de la red del PDP.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)	20 % de coseguro para suministros para la diabetes cubiertos después de alcanzar el deducible anual dentro de la red si se compran en una farmacia dentro de la red del PDP 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red si se compra en una farmacia fuera de la red del PDP	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con Receta (PDP)
Insulina con receta	Farmacia dentro de la red: Los productos de insulina de la lista de medicamentos del PDP (lista de medicamentos cubiertos (formulario)) están cubiertos con un copago máximo \$25 por suministro para 30 días, sin considerar el nivel. Farmacia fuera de la red: Los productos de insulina están cubiertos con un copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 y un 40 % de coseguro.	No la cubren los beneficios del plan médico	Farmacia dentro de la red: 20 % de coseguro (hasta un máximo de \$25 por suministro para 30 días) para productos de insulina que estén en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del PDP Farmacia fuera de la red: 40 % de coseguro para productos de insulina después de alcanzar el deducible anual fuera de la red	No la cubren los beneficios del plan médico

*Los beneficios y las marcas cubiertas de glucómetros y tiras reactivas pueden cambiar.