

CUADRO COMPARATIVO DE PLANES MÉDICOS JUBILADOS ELEGIBLES PARA MEDICARE AÑO DEL PLAN 2025 – DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

Este cuadro muestra su parte de los costos de los beneficios médicos, de salud mental y de medicamentos con receta frecuentemente usados en Medicare Original, el plan HealthSelectSM Medicare Advantage, organización de proveedores preferidos (MA PPO) y HealthSelectSM Secondary. Para obtener información detallada sobre la elegibilidad, los servicios que están cubiertos, los que no están cubiertos y lo que usted paga, consulte la Evidencia de cobertura o el Documento maestro del plan de beneficios de cada plan en el sitio web del plan. Si hay un conflicto entre los documentos del plan y este cuadro, regirán los documentos del plan. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener información sobre los beneficios de Medicare Original. Las tarifas y beneficios están sujetos a cambios.

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red
Administrador	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Beneficios médicos	UnitedHealthcare®	Blue Cross and Blue Shield of Texas of Texas (BCBSTX)
Cómo funciona este plan	<p>Medicare cubre las estancias en el hospital (Parte A) y ciertos servicios de médicos, suministros, servicios preventivos y más (Parte B). También puede comprar la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los proveedores que aceptan Medicare presentan los reclamos por usted.</p> <p>Nota: Medicare no reembolsará reclamos por servicios que presten proveedores que no participen en Medicare.</p> <p>Una vez que cubra sus deducibles, usted es responsable de la parte del costo que se menciona en este cuadro.</p>	<p>HealthSelect MA PPO es un plan Medicare Advantage, también conocido como Parte C de Medicare. Incluye los beneficios de las Partes A y B de Medicare además de beneficios adicionales y otros programas. Incluye cobertura de medicamentos con receta mediante HealthSelect Medicare Rx. Usted debe seguir pagando sus primas de la Parte B.</p> <p>El plan tiene una red de proveedores, pero usted puede consultar a cualquier proveedor que participe en Medicare. Los proveedores dentro de la red presentarán los reclamos por usted.</p> <p>No hay deducibles para el plan médico.</p> <p>Hay un deducible anual de \$50 por persona para la cobertura de medicamentos con receta. Usted es responsable de la parte del costo que se menciona en este cuadro.</p>	<p>HealthSelect Secondary paga como secundario a Medicare, pero no es un plan Medicare Advantage. Incluye cobertura de medicamentos con receta mediante HealthSelect Medicare Rx. Usted debe seguir pagando sus primas de la Parte B.</p> <p>Este plan tiene una red de proveedores, pero usted puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicare. Los proveedores dentro de la red presentarán los reclamos por usted.</p> <p>Este plan tiene primas más altas para dependientes y por niveles, y gastos de bolsillo más altos que HealthSelect MA PPO. Para la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare, su parte de los costos generalmente es de \$0 después de que cubra sus deducibles y después de que Medicare pague. Si Medicare no cubre un servicio, este plan paga como primario. Una vez que cubra sus deducibles anuales, usted es responsable de la parte del costo que se menciona en este cuadro.</p>
Deducible médico anual	<p>No disponible en el momento de la impresión.</p> <p>Debe cubrir su deducible anual antes de que Medicare pague por los servicios cubiertos.</p>	Ninguno	<p>Deducible por persona: \$200</p> <p>Deducible por familia: \$600</p> <p>Debe cubrir sus deducibles de Medicare Y de HealthSelect Secondary antes de que el plan pague por los servicios cubiertos. Los dos deducibles corren simultáneamente.</p>
¿Cobertura fuera de la red?	<p>Los beneficios de abajo se aplican a los servicios de cualquier proveedor que participe en Medicare.</p>	<p>Sí. Los servicios fuera de la red están cubiertos en los mismos niveles de beneficios siempre que el proveedor participe en Medicare y esté de acuerdo en tratarlo.</p>	<p>Sí. La mayoría de los servicios fuera de la red están cubiertos en los mismos niveles de beneficios siempre que el proveedor participe en Medicare y este plan.</p>
¿Facturación del saldo? (cuando un proveedor fuera de la red le cobra la diferencia entre sus cargos facturados y la cantidad permitida del plan)	<p>No. La facturación del saldo no se aplica, siempre que el proveedor participe en Medicare.</p>	<p>No. La facturación del saldo no se aplica, siempre que el proveedor participe en Medicare.</p>	<p>Sí. La facturación del saldo puede aplicarse a ciertos servicios fuera de la red. Cuando un servicio no está cubierto por Medicare o los beneficios de Medicare están agotados, es posible que a usted se le facture el saldo.</p>
Máximo de gastos de bolsillo totales dentro de la red	Ninguno	<p>\$1,000 por persona (solo para servicios médicos), se renuevan cada año calendario. No se aplican beneficios de farmacia ni beneficios adicionales como servicio de enfermería privada.</p>	<p>\$8,050 por persona o \$16,100 por familia (incluye copagos de medicamentos con receta y médicos, coseguro y deducibles, excluye servicios fuera de la red y servicios no cubiertos); se renueva cada año calendario.</p>
Máximo de gastos de bolsillo por coseguro	Ninguno	<p>Ninguno. Existe un coseguro del 30 % para el servicio de enfermería privada, que no se aplica al máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$3,000 por persona (incluye solo coseguro médico); se renueva cada año calendario.</p>
Copago máximo para pacientes hospitalizados	Ninguno	N/A	N/A
¿Se necesita un proveedor de atención primaria (PCP)?	No	No, pero se recomienda.	No
¿Se necesitan remisiones?	No	No	No

Todos los beneficios del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas podrían cambiar sin previo aviso. La Legislatura de Texas decide el nivel de financiamiento de esos beneficios, y no tiene la obligación permanente de darlos después de cada año fiscal.

Beneficios médicos			
	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red
Tratamiento de alergias	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Transporte en ambulancia (para emergencias)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Cirugía bariátrica	Con cobertura para ciertas condiciones relacionadas con la obesidad mórbida. La cirugía bariátrica está cubierta al mismo costo que una visita al hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios, según el lugar donde se haga la operación.	Con cobertura para ciertas condiciones relacionadas con la obesidad mórbida. Sin costo para los participantes cuando se cumplen los requisitos de cobertura. ¹	No está cubierto
Atención quiropráctica	20 % de coseguro para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Sin costo para los participantes. Los servicios quiroprácticos que no están cubiertos por Medicare están limitados a 30 visitas por año del plan.	\$0 de copago/30 % de coseguro ² ; máximo de 30 visitas por año calendario cubiertas; beneficio máximo de \$75 por visita
Equipo para diabetes	20 % de coseguro después de cubrir el deducible anual de la Parte B; vea la página 6 para obtener más información	Sin costo para los participantes para ciertas marcas de equipo ¹ ; vea la página 6 para obtener más información	\$0 de copago/30 % de coseguro ² ; vea la página 6 para obtener más información
Suministros para la diabetes	Vea la página 6 para obtener más información		
Radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Mamografía de diagnóstico	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	Dentro de la red: Sin costo para los participantes. Fuera de la red: La facturación del saldo puede aplicarse
Equipo médico duradero	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. ¹	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Examen de la vista – de rutina	No está cubierto	Sin costo para los participantes por examen de refracción; limitado a un examen cada 12 meses	\$0 de copago/30 % coseguro ² ; limitado a un examen por año calendario
Proveedores del centro (radiólogos, patólogos y laboratorios, anestesistas, médicos de salas de emergencias, etc.)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Atención de emergencia en un centro y departamentos de emergencia independientes afiliados a un hospital (no se aplica a instalaciones de sala de emergencias independientes)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Centro de sala de emergencias independiente (FSER)	No está cubierto por Medicare	No está cubierto por Medicare	\$0 de copago/30 % de coseguro ² Las FSER no están cubiertas por Medicare, por lo que HealthSelect pagará como primario.
Servicios de habilitación y rehabilitación – paciente ambulatorio (incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes ¹	\$0 de copago/30 % de coseguro ²
Aparatos auditivos que necesitan receta (para los participantes cubiertos mayores de 18 años)	No está cubierto	Hasta \$2,000 de asignación por uno o dos oídos cada tres años	Hasta \$1,000 de asignación por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería. No se aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary. Se debe presentar una receta válida para los aparatos auditivos con su reclamo.

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información.

Beneficios médicos

	Medicare Original	Plan HealthSelectSM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelectSM Secondary Dentro de la red y fuera de la red
Examen de la audición – de rutina	No está cubierto	Sin costo para los participantes; limitado a un examen por año del plan	30 % de coseguro ³
Radiología de alta tecnología (CT, MRI y medicina nuclear)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Atención médica en casa	Sin costo para los participantes	Sin costo para los participantes ¹	\$0 de copago/30 % de coseguro para terapia de infusión en casa ³ El plan paga 100 % por todos los otros servicios de atención médica en casa. Máximo de 100 visitas por año calendario con proveedores fuera de la red.
Cuidados de hospicio	Servicio cubierto por el programa de hospicio certificado por Medicare: • Servicios de hospicio y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con el pronóstico terminal • 5 % de coseguro para el cuidado de relevo para pacientes hospitalizados aprobado por Medicare • Copago de \$5 por medicamentos para el manejo del dolor	Los servicios mediante el programa de hospicio certificado por Medicare están cubiertos por Medicare, y no por HealthSelect MA PPO	\$0 de copago/30 % de coseguro ³ No se aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary.
Hospital - estancia del paciente hospitalizado (habitación semiprivada y comida diaria, y unidad de cuidados intensivos)	\$0 después de las siguientes cantidades para cada período de beneficios ² : • 1-60 días: \$1,600 de deducible (hasta el 31 de diciembre de 2023) • 61-90 días: copago de \$400 por día (hasta el 31 de diciembre de 2023) • 91-150 días: copago de \$800 (hasta el 31 de diciembre de 2023) por día de reserva vitalicia	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Medicamentos e inyecciones administrados por un proveedor (vea abajo los medicamentos y las inyecciones para pacientes ambulatorios)*	20 % de coseguro para medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare bajo ciertas condiciones	Sin costo para los participantes para medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare bajo ciertas condiciones	\$0 de copago/30 % de coseguro ³ Las vacunas preventivas están cubiertas al 100 %*
Procedimientos de operación y diagnóstico en el consultorio	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Visitas en el consultorio del PCP	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Servicios preventivos* (físico, examen de mamografía, examen de la mujer sana, prueba de cáncer de próstata, etc.)	Sin costo para los participantes si está cubierto por Medicare*; limitado a una evaluación por tipo por año del plan. No cubre pruebas de laboratorio.	Sin costo para los participantes si está cubierto por Medicare*	Dentro de la red: Sin costo para los participantes*. Fuera de la red: La facturación del saldo puede aplicarse.
Servicio de enfermería privada	No está cubierto	30 % de coseguro ¹ El plan cubre un beneficio máximo de hasta \$8,000 por año calendario. Después de eso, usted es responsable del costo total de los servicios. El coseguro no se aplica a su máximo total de gastos de bolsillo anual.	30 % de coseguro, horas ilimitadas ³

* Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y los requisitos de CMS, ciertos servicios médicos preventivos y para mujeres se pagan al 100 % (sin costo para el participante) sujetos a la facturación y al diagnóstico del médico. En algunos casos, usted aún puede ser responsable del pago de algunos servicios. La facturación del saldo podría aplicarse a proveedores fuera de la red. Es posible que se apliquen algunos requisitos de edad.

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² Un "período de beneficios" comienza el día que ingresa al hospital. Termina después de 60 días seguidos sin volver a la atención en el hospital. Si ingresa en el hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

³ En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información.

Beneficios médicos

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red
Atención médica en comercio/clínica de atención rápida	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Centro de enfermería especializada (SNF)/ servicios del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Días 1-20: \$0 (3 días de estancia en el hospital necesarios) Días 21-100: hasta \$200 de coseguro por día por período de beneficios ²	Sin costo para los participantes por período de beneficios de 100 días. ² Incluye períodos ilimitados de beneficios de 100 días. Si los servicios se prolongan más de 100 días, usted es responsable del costo total de los servicios. ¹	Sin costo para los participantes ³ No se aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary.
Visita en el consultorio de un médico especialista	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Operación (ambulatoria) que no sea en el consultorio del médico	20 % de coseguro; copago especificado para cargos del centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Sin costo para los participantes ¹	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Visita de telemedicina	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes por cada visita de telesalud cubierta por Medicare	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Tratamientos terapéuticos - para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Clínica de atención de urgencia	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Visitas virtuales (médicas)	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes para proveedores de visitas virtuales dentro de la red y fuera de la red Sin costo para los participantes para proveedores de visitas virtuales dentro de la red y fuera de la red	Doctor On Demand [®] o MDLIVE [®] está cubierto sin costo para los participantes; otros proveedores virtuales están cubiertos

* Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y los requisitos de CMS, ciertos servicios médicos preventivos y para mujeres se pagan al 100 % (sin costo para el participante) sujetos a la facturación y al diagnóstico del médico. En algunos casos, usted aún puede ser responsable del pago de algunos servicios. La facturación del saldo podría aplicarse a proveedores fuera de la red. Es posible que se apliquen algunos requisitos de edad.

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² Un "período de beneficios" comienza el día que ingresa al hospital. Termina después de 60 días seguidos sin volver a la atención en el hospital. Si ingresa en el hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes hospitalizados de Medicare por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

³ En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información

Beneficios para salud mental/salud conductual/abuso de sustancias

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

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red Fuera de la red:
Administrador y red	N/A	Optum Behavioral Health Network	Blue Cross and Blue Shield of Texas
Estancia por salud mental en un hospital para pacientes hospitalizados	La Parte A de Medicare cubre los servicios de salud mental que usted recibe cuando ingresa como paciente al hospital. Por cada período de beneficio ² , usted pagará: • Día 1–60: \$0 de coseguro por día, después \$1,600 de deducible (hasta el 31 de diciembre de 2023) • Día 61–90: \$400 de coseguro por día (hasta el 31 de diciembre de 2023) • Día 91 en adelante: \$800 de coseguro (hasta el 31 de diciembre de 2023) por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 para cada período de beneficio (hasta un máximo de 60 días de reserva a lo largo de su vida) • Si los servicios se extienden más allá de los días de reserva vitalicia, usted es responsable del costo total de los servicios • 20 % de la cantidad que aprobó Medicare para los servicios de salud mental que obtiene de médicos y otros proveedores mientras está hospitalizado	Sin costo para los participantes ¹ Limitado a 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Telemedicina para salud mental	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes por cada visita de telesalud cubierta por Medicare	\$0 de copago/30 % de coseguro ³

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² Un "período de beneficios" comienza el día que ingresa al hospital. Termina después de 60 días seguidos sin volver a la atención en el hospital. Si ingresa en el hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

³ En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información

Beneficios para salud mental/salud conductual/abuso de sustancias

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

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red Fuera de la red:
Atención en un centro ambulatorio (hospitalización parcial/tratamiento diurno y tratamiento ambulatorio extenso) ¹	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Visitas en el consultorio de un médico o proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Visitas virtuales (salud mental)	20 % de coseguro cuando se cumplen los criterios de Medicare	Sin costo para los participantes para proveedores de visitas virtuales dentro de la red y fuera de la red	Doctor On Demand [®] o MDLIVE [®] está cubierto sin costo para los participantes; otros proveedores virtuales están cubiertos

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² Un "período de beneficios" comienza el día que ingresa al hospital. Termina después de 60 días seguidos sin volver a la atención en el hospital. Si ingresa en el hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

³ En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información

Beneficios de medicamentos con receta

HealthSelect MA PPO y HealthSelect Secondary incluyen una cobertura integral de medicamentos con receta mediante HealthSelectSM Medicare Rx, administrado por Express Scripts Medicare[®].

El costo compartido que paga por su medicamento depende del nivel de medicamentos, la cantidad que compre (suministro para 30, 60 o 90 días) y si la receta se surte en una farmacia retail, farmacia de suministro de días extendidos (EDS) o farmacia de pedido por correo. Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Vea la Evidencia de cobertura para obtener más información de la cobertura cuando use una farmacia fuera de la red.

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

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage Dentro de la red y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary Dentro de la red y fuera de la red
Administrador de beneficios de farmacias (PBM)	Debe estar inscrito en un plan elegible de la Parte D de Medicare. Si no está inscrito en un plan de la Parte D, no tiene cobertura para medicamentos con receta.	PDP de Express Scripts Medicare	PDP de Express Scripts Medicare
¿Beneficios fuera de la red?¹	Depende del plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y los beneficios	Limitado ¹	Limitado ¹
Deducible del plan de medicamentos con receta (PDP) (por participante, por año del plan)	Depende del plan de la Parte D	\$50	\$50
Nivel 1 (principalmente, medicamentos genéricos)	Depende del plan de la Parte D	Medicamentos no de mantenimiento y de mantenimiento: \$10 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$30 de copago	Medicamentos no de mantenimiento y de mantenimiento: \$10 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$30 de copago
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos en su mayoría)	Depende del plan de la Parte D	• No de mantenimiento: \$35 de copago • De mantenimiento: \$45 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$105 de copago	• No de mantenimiento: \$35 de copago • De mantenimiento: \$45 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$105 de copago
Nivel 3 (principalmente, medicamentos de marca no preferidos) ¹	Depende del plan de la Parte D	• No de mantenimiento: \$60 de copago • De mantenimiento: \$75 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$180 de copago	• No de mantenimiento: \$60 de copago • De mantenimiento: \$75 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o EDS: \$180 de copago
Medicamentos especializados	Depende del plan de la Parte D	Los medicamentos especializados que se compran en una farmacia están cubiertos como medicamentos de Nivel 2 o Nivel 3. Algunos medicamentos especializados están cubiertos como un beneficio médico. ²	Los medicamentos especializados que se compran en una farmacia están cubiertos como medicamentos de Nivel 2 o Nivel 3. Algunos medicamentos especializados están cubiertos como un beneficio médico. ²

¹ Las recetas fuera de la red y los suministros para diabéticos pueden tener cobertura en ciertas situaciones, según los requisitos de Medicare y su circunstancia específica. Su costo puede ser mayor si usa una farmacia fuera de la red para surtir su receta y debe presentar un reclamo en papel para recibir el reembolso.

² Es posible que sea necesaria una autorización previa.

Equipo y suministros para la diabetes

Otros equipos, suministros y medicamentos con receta para la diabetes que no se mencionan abajo pueden estar cubiertos por estos planes. Para obtener más información sobre los beneficios de su programa médico y de medicamentos con receta, consulte la información de contacto en la página 16 de su guía de inscripción de otoño o en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para su plan médico o de medicamentos con receta.

Suministro	Medicare Original	HealthSelect SM MA PPO (HealthSelect SM Medicare Rx) Dentro de la red y fuera de la red		HealthSelect SM Secondary (HealthSelect SM Medicare Rx) Dentro de la red y fuera de la red	
	Beneficios médicos y de medicamentos con receta	Beneficios del Programa de medicamentos con receta (PDP) (Express Scripts Medicare [®])	Beneficios del plan médico (UnitedHealthcare [®])	Beneficios del Programa de medicamentos con receta (PDP) (Express Scripts Medicare [®])	Beneficios del plan médico (BCBSTX)
Glucómetros para diabetes	Cubierto por la Parte B de Medicare; 20 % de coseguro	Sin cobertura según los beneficios del PDP	Sin costo para los participantes para ciertas marcas de glucómetros. Los glucómetros cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex [®] , OneTouch [®] Ultra 2, AccuChek [®] Guide Me y Accu-Chek [®] Guide. Es posible que su seguro no cubra otras marcas.	Sin cobertura según los beneficios del PDP	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Monitores continuos de glucosa/bombas de insulina	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados pueden estar cubiertos.	Sin cobertura según los beneficios del PDP	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados. Es posible que su proveedor necesite obtener una autorización previa.	Sin cobertura según los beneficios del PDP	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Tiras reactivas de glucómetro para diabetes	Cubierto por la Parte B de Medicare; 20 % de coseguro	Sin cobertura según los beneficios del PDP	Sin costo para los participantes para ciertas marcas de tiras reactivas. Las tiras reactivas cubiertas incluyen: OneTouch Verio [®] , OneTouch Ultra [®] , Accu-Chek [®] Guide, Accu-Chek [®] Aviva Plus y Accu-Chek [®] SmartView. Es posible que su seguro no cubra otras marcas.	Sin cobertura según los beneficios del PDP	\$0 de copago/30 % de coseguro ³
Suministros para la diabetes^{1,2}	Cubierto por la Parte D de Medicare; se puede aplicar un deducible, coseguro o copago, según los beneficios del plan de la Parte D. Hay algunos suministros para diabéticos disponibles en la Parte B de Medicare con un 20 % de coseguro.	Las jeringas de insulina y las agujas para plumas están cubiertas sin costo alguno para los participantes. Algunos suministros, como las lancetas y las tiras reactivas, están cubiertos por la Parte B del plan médico de Medicare.	Sin costo para los participantes para los suministros cubiertos preferidos para el monitoreo de la diabetes, incluyendo lancetas y dispositivos de punción. Es posible que ciertas marcas de suministros para la diabetes no estén cubiertas. Para obtener más información, comuníquese con HealthSelect MA PPO.	Las jeringas de insulina y las agujas para plumas están cubiertas sin costo alguno para los participantes. Algunos suministros, como las lancetas y las tiras reactivas, están cubiertos por los beneficios del plan médico.	\$0 de copago/30 % de coseguro ³ Para obtener más información, comuníquese con BCBSTX.
Insulina con receta^{1,2}	Cubierta por la Parte D de Medicare; los productos de insulina en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan están cubiertos con un costo no mayor a \$35 por suministro de 30 días.	Los productos de insulina de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de medicamentos del PDP están cubiertos con un costo no mayor a \$25 por suministro de 30 días, sin importar el nivel. El deducible anual del PDP no se aplica a la insulina de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).	No está cubierta por los beneficios del plan médico	Los productos de insulina de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) de medicamentos del PDP están cubiertos con un costo no mayor a \$25 por suministro de 30 días, sin importar el nivel. El deducible anual del PDP no se aplica a la insulina de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).	No está cubierta por los beneficios del plan médico

¹ Es posible que sea necesaria una autorización previa.

² Las recetas fuera de la red y los suministros para diabéticos pueden tener cobertura en ciertas situaciones, según los requisitos de Medicare y su circunstancia específica. Es posible que su receta esté cubierta en ciertas situaciones. Su costo puede ser mayor si usa una farmacia fuera de la red para surtir su receta y debe presentar un reclamo en papel para recibir el reembolso.

³ En caso de que el proveedor/centro se excluya de Medicare (por lo que los cargos no están cubiertos por Medicare y, por lo tanto, no están sujetos a la Coordinación de beneficios (COB)), usted puede ser responsable de su deducible o coseguro. Vea su Documento maestro del plan de beneficios para obtener más información