

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS)

Resumen de beneficios

Este Folleto de beneficios es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS).

BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS)

es un plan Medicare Advantage HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La información sobre los beneficios proporcionada enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede llamar y preguntar por la “**Evidencia de cobertura**”. También puede ver la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, **bcbsri.com/medicare**.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para inscribirse en BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence y Washington.

BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios. Este plan ofrece un beneficio de Punto de servicio, lo que significa que usted puede usar proveedores fuera de la red del plan con el pago de un costo adicional por algunos servicios.

Generalmente debe obtener sus medicamentos recetados en las farmacias de la red. Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web **bcbsri.com/medicare**.

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá consultar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende de si está inscrito en el programa de subsidios para personas de bajos ingresos (LIS, en inglés) de Medicare, el nivel del medicamento y la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas que ocurren en los beneficios: Etapa de deducible, Cobertura inicial y Etapa de cobertura para enfermedades catastróficas. Puede ver el formulario del plan en nuestro sitio web o llamarnos y le enviaremos una copia.

Para BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS), Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island ofrece beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI, en inglés). Los miembros que tienen una o más afecciones crónicas pueden ser elegibles para el beneficio mensual de comestibles. Los miembros también pueden reunir los requisitos para un costo compartido más bajo en los servicios de Medicare de la Parte A y la Parte B si tienen un Proveedor de Alto Valor como su médico de atención primaria. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) para obtener detalles completos.

Este documento está disponible en otros formatos como español y letra grande. Este documento podría estar disponible en otro idioma que no sea inglés. Para obtener más información si no es miembro de este plan, llámenos al 1-800-505-2583 (TTY: 711). Si es miembro de este plan, llámenos al 1-800-267-0439 o 401-277-2958 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes. sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. También puede visitar nuestro sitio web, **bcbsri.com/medicare**.

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Prima mensual del plan	\$0 por mes Debe continuar pagando el costo de la Parte B de Medicare.	
Deducible	Este plan no tiene un deducible por gastos médicos.	
Responsabilidad máxima de bolsillo (<i>no incluye medicamentos recetados de la Parte D</i>)	\$6,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.	
	\$10,000 por año para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.	
Atención de internación hospitalaria*	Dentro de la red: copago de \$400 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía.	Dentro de la red: copago de \$150 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía.
	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red.	
	Fuera de la red: 20% de coseguro Las estadías fuera de la red se limitan a 90 días.	
	Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan por admisión/por estadía. Usted paga estos montos cada vez que es hospitalizado hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.	
Servicios de atención ambulatoria*	Dentro de la red: copago de \$0 a \$400	Dentro de la red: copago de \$0 a \$200
	Observación: copago de \$400	Observación: copago de \$200
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)*	Dentro de la red: copago de \$0 a \$300	Dentro de la red: copago de \$0 a \$200
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Consultas médicas • Médico de atención primaria (primary care physician, PCP)	Dentro de la red: copago de \$0 por visita	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Especialista ^	Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$0 a \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Dentro de la red: copago de \$0	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.	
Cuidado de emergencia	Dentro de la red: copago de \$130 por visita Consulte la sección "Internación hospitalaria" en este folleto para informarse sobre otros costos.	

* Se puede requerir autorización previa ^ Se requieren derivaciones

BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS)

\$31.30 por determinar al mes

Debe continuar pagando el costo de la Parte B de Medicare.

Este plan no tiene un deducible por gastos médicos.

\$6,000 por año para los servicios que recibe de proveedores de la red.

\$10,000 por año para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.

Dentro de la red: copago de \$400 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía.

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red.

Fuera de la red: 20% de coseguro
Las estadías fuera de la red se limitan a 90 días.

Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan por admisión/por estadía. Usted paga estos montos cada período de beneficios hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.

Dentro de la red: copago de \$0 a \$400

Observación: copago de \$400

Fuera de la red: 20% de coseguro

Dentro de la red: copago de \$0 a \$300

Fuera de la red: Coseguro del 20%

Dentro de la red: copago de \$0 por visita

Fuera de la red: 20% de coseguro

Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita

Fuera de la red: 20% de coseguro

Dentro de la red: copago de \$0

Fuera de la red: 20% de coseguro

Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

Dentro de la red: copago de \$130 por visita

Consulte la sección “Internación hospitalaria” en este folleto para informarse sobre otros costos.

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Servicios urgentemente necesarios	Dentro de la red: copago de \$50 por visita	
Servicios de diagnóstico Pruebas/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes* • Servicios de radiología de diagnóstico de alta tecnología (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.)	Dentro de la red: copago de \$0 a \$150	Dentro de la red: copago de \$0 a \$75
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Servicios de laboratorio	Dentro de la red: copago de \$0	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Diagnóstico por imágenes (radiografías)	Dentro de la red: copago de \$25.	Dentro de la red: copago de \$0
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red: copago de \$50	Dentro de la red: copago de \$0
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Radiología terapéutica	Dentro de la red: 20% de coseguro	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Servicios de audición • Examen de audición: de rutina	Dentro de la red: copago de \$0 por visita	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Límite de una visita por año.	

* Se puede requerir autorización previa

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Examen de audición: de diagnóstico/no de rutina	Dentro de la red: copago de \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Audífonos	Usted paga de \$200 a \$1,675 por cada audífono. La cobertura es para 2 audífonos por año.	
Servicios dentales Cubiertos por Medicare	Dentro de la red: 20% de coseguro	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes).	
Atención dental preventiva (exámenes, limpiezas, radiografías y tratamientos con flúor)	Dentro de la red: copago de \$0	
Atención dental integral (empastes, tratamiento paliativo, extracciones simples, reparaciones de dentaduras postizas, tratamientos de conducto y cirugía bucal)	Dentro de la red: copago de \$0	
Coronas e incrustaciones (onlays)	Sin cobertura	
Beneficio anual máximo	\$1,500	

BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS)

Dentro de la red: copago de \$50 por visita
Dentro de la red: copago de \$0 a \$150
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$0
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$25.
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$50
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: 20% de coseguro
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$0 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Límite de una visita por año.
Dentro de la red: copago de \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Usted paga de \$200 a \$1,675 por cada audífono. La cobertura es para 2 audífonos por año.
Dentro de la red: 20% de coseguro
Fuera de la red: 20% de coseguro
Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes).
Dentro de la red: copago de \$0
Dentro de la red: copago de \$0
Sin cobertura
\$1,500

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Servicios para la vista • Examen: de rutina	Dentro de la red: copago de \$0 por visita	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Límite de una visita por año.	
• Examen: no de rutina/diagnóstico (incluye el examen anual de detección de glaucoma)	Dentro de la red: copago de \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Artículos para la visión	Asignación de \$200	
Servicios de salud mental: • Consulta como paciente hospitalizado	Dentro de la red: copago de \$390 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía	Dentro de la red: copago de \$150 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red. Las estadías fuera de la red están cubiertas durante 90 días.	
	Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan por admisión/por estadía. Usted paga estos montos cada vez que es hospitalizado hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.	
• Terapia para pacientes ambulatorios (sesiones individuales y grupales)	Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$0 a \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Centro de enfermería especializada (SNF)*	Dentro de la red: copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$218 por día para los días 21 a 45 Copago de \$0 por día para los días 46 a 100	
	Fuera de la red: 20% de coseguro Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) Los copagos para beneficios de SNF se basan en períodos de beneficios. Usted paga estos montos cada período de beneficios hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.	
Terapia física*	Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$0 a \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Ambulancia*	Dentro de la red: copago de \$200 por viaje	
Servicios de transporte	12 viajes de ida	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: 0% a 20% de coseguro	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	

* Se puede requerir autorización previa

BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS)

Dentro de la red: copago de \$0 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Límite de una visita por año.
Dentro de la red: copago de \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Asignación de \$200
Dentro de la red: copago de \$390 por día para los días 1 a 6 por hospitalización/por estadía
Fuera de la red: 20% de coseguro
Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red. Las estadías fuera de la red están cubiertas durante 90 días.
Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan por admisión/por estadía. Usted paga estos montos cada vez que es hospitalizado hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.
Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$218 por día para los días 21 a 45 Copago de \$0 por día para los días 46 a 100
Fuera de la red: 20% de coseguro Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) Los copagos para beneficios de SNF se basan en períodos de beneficios. Usted paga estos montos cada período de beneficios hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.
Dentro de la red: copago de \$0 a \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$200 por viaje
12 viajes de ida
Dentro de la red: 0% a 20% de coseguro
Fuera de la red: 20% de coseguro

Beneficios y servicios		BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
		Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Beneficios de medicamentos recetados			
Deducible	Sin deducible para medicamentos con receta		
Etapa de cobertura inicial	Durante esta etapa de pago, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$2,400.		
	Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.		
	No pagará más de \$35 o el 25%, el monto que sea menor, por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.		
Red de farmacias	Farmacias minoristas estándares Suministro para 30 días		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 2: genéricos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 3: de marca preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Red de farmacias	De pedido por correo Suministro para 100 días		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 2: genéricos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 3: de marca preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.65/\$5.80 Medicamentos de marca: \$0/\$5.00/\$14.40		
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días		
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D en esta etapa.		

**BlueCHiP for Medicare Access
(HMO-POS)**

\$700 (para todos los niveles)

Durante esta etapa de pago, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$2,400.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

No pagará más de \$35 o el 25%, el monto que sea menor, por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

**Farmacias minoristas estándares
Suministro para 30 días**

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

**De pedido por correo
Suministro para 100 días**

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Coseguro del 25 %

Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días

Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D en esta etapa.

Beneficios y servicios	BlueCHIP for Medicare Access (HMO-POS) Subsidio por bajos ingresos (LIS) + Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	
	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare	Con el médico de atención primaria de la red de BlueCHIP for Medicare de proveedor de alto valor
Beneficios adicionales		
Visitas al consultorio de un quiropráctico [^]	Dentro de la red: copago de \$15 por visita	Dentro de la red: copago de \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Beneficio de acondicionamiento físico	\$0 - \$20 por mes	
Atención de los pies (servicios de podología) [^] • Exámenes y tratamiento de los pies	Dentro de la red: copago de \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
• Atención de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones crónicas	Dentro de la red: copago de \$35 por visita	Dentro de la red: copago de \$10 por visita
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Equipo médico duradero (DME) y prótesis*	Dentro de la red: 20% de coseguro	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
Provisiones para el control de la diabetes	Dentro de la red: 0% a 20% de coseguro	
	Fuera de la red: 20% de coseguro	
	Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).	
Beneficio de artículos de venta libre (OTC)	Consulte la tarjeta OTC+Comestibles a continuación	
Tarjeta para artículos de venta libre (OTC) + comestibles ⁽³⁾	Asignación mensual de \$50 para usar en productos alimenticios y de salud diarios aprobados.	

[^]Se requieren derivaciones

*Se puede requerir autorización previa

(3) Puede ser elegible para el beneficio mensual para comestibles, que es parte de los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits, SSBCI), si está viviendo con una o más afecciones crónicas que califican, según lo definido por los CMS, incluyendo entre otras, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades pulmonares crónicas, demencia, diabetes mellitus y fragilidad y riesgo de caídas, recibe un subsidio para personas de bajos ingresos (también denominado Extra Help) y ha seleccionado un proveedor de alto valor como su proveedor de atención primaria. La obtención de este beneficio no solo se determina por sus afecciones; se deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad relevantes antes de que este beneficio esté disponible para su uso. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer todos los detalles.

**BlueCHiP for Medicare Access
(HMO-POS)**

Dentro de la red: copago de \$15 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
\$0 - \$20 por mes
Dentro de la red: copago de \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: copago de \$35 por visita
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: 20% de coseguro
Fuera de la red: 20% de coseguro
Dentro de la red: 0% a 20% de coseguro
Fuera de la red: 20% de coseguro
Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).
\$25 por trimestre para usar en artículos de salud diarios.
Sin cobertura