

Resumen de beneficios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

BlueCHiP for Medicare Enhanced (HMO-POS)

BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS)

BlueCHiP for Medicare Core (HMO)

Resumen de beneficios

Este Folleto de beneficios es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), BlueCHiP for Medicare Enhanced (HMO), BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS) y BlueCHiP for Medicare Core (HMO).

Estos planes son planes Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La información sobre los beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o 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, **bchsri.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), 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 Essential** (HMO-POS), **BlueCHiP for Medicare Enhanced** (HMO-POS), **BlueCHiP for Medicare Extra** (HMO-POS) y **BlueCHiP for Medicare Core** (HMO), usted debe tener derecho a recibir la cobertura de 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 Essential (HMO-POS), **BlueCHiP for Medicare Enhanced** (HMO-POS) y **BlueCHiP for Medicare Extra** (HMO-POS) tienen 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. Estos planes ofrecen 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.

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si se atiende con proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el seguro no pague estos servicios.

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

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO- POS), **BlueCHiP for Medicare Enhanced** (HMO-POS) y **BlueCHiP for Medicare Extra** (HMO-POS) agrupan 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. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya 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.

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) no incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

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 al 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 en **bcbsri.com/medicare**.

Primas y beneficios	BlueCHiP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHiP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Prima del plan mensual	\$0 por mes Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.	\$35 por mes Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene un deducible médico.	Este plan no tiene un deducible médico.
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	• \$5,750 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red
	• \$15,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores fuera de la red	• \$15,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores fuera de la red
Atención de internación hospitalaria*	- Dentro de la red: \$400 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/por estadía \$0 de copago por día a partir de 7 días Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red. - Fuera de la red: 40% de coseguro Las estadías fuera de la red se limitan a 90 días. 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: \$375 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía \$0 de copago por día a partir de 7 días Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red. - Fuera de la red: 30% de coseguro Las estadías fuera de la red se limitan a 90 días. Usted paga estos montos cada período de beneficios hasta que alcanza el desembolso directo máximo fuera o dentro de la red.
Servicios de atención ambulatoria*	- Dentro de la red: \$0-\$400 de copago - Observación: \$400 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$300 de copago - Observación: \$300 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgery Center, ASC)*	- Dentro de la red: \$0 a \$350 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$250 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
Consultas médicas		
• Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Especialista^	- Dentro de la red: \$0-\$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$40 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	- Dentro de la red: \$0 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.	- Dentro de la red: \$0 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

*Se puede requerir autorización previa ^Se requieren derivaciones

BlueCHIP para Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Core (HMO)
\$155 por mes Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.	\$0 por mes Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.
Este plan no tiene un deducible médico.	Este plan no tiene un deducible médico.
• \$5,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$7,500 anualmente por servicios que recibe de proveedores fuera de la red.	• \$5,000 anualmente por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.
• Dentro de la red: \$325 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía • \$0 de copago por día a partir de 7 días 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. 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: \$275 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía • \$0 de copago por día a partir de 7 días Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación hospitalaria dentro de la red. Usted paga estos montos cada período de beneficios hasta que alcanza el desembolso directo máximo dentro de la red.
• Dentro de la red: \$0-\$250 de copago • Observación: \$250 de copago • Fuera de la red: 20% de coseguro	• Dentro de la red: \$0-\$250 de copago • Observación: \$250 de copago
• Dentro de la red: \$0-\$200 de copago • Fuera de la red: 20% de coseguro	• Dentro de la red: \$0-\$200 de copago
• Dentro de la red: \$0 de copago por visita • Fuera de la red: 20% de coseguro	• Dentro de la red: \$0 de copago por visita
• Dentro de la red: \$0-\$35 de copago por visita • Fuera de la red: 20% de coseguro	• Dentro de la red: \$0-\$30 de copago por visita
• Dentro de la red: \$0 de copago • 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: \$0 de copago Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

Primas y beneficios	BlueCHiP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHiP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Atención de emergencia	\$130 de copago por visita Consulte la sección “Atención de internación hospitalaria” en este folleto para informarse sobre otros costos.	\$130 de copago por visita Consulte la sección “Atención de internación hospitalaria” en este folleto para informarse sobre otros costos.
Servicios necesarios con urgencia	\$50 de copago por visita	\$50 de copago por visita
Servicios de diagnóstico Pruebas/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes:*		
• Servicios de radiología de alta tecnología como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.	- Dentro de la red: \$0-\$200 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$150 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Servicios de laboratorio	- Dentro de la red: \$0 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Diagnóstico por imágenes (Radiografías)	- Dentro de la red: \$25 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$25 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	- Dentro de la red: hasta \$50 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: hasta \$50 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
Radiología terapéutica	- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 30% de coseguro
Servicios de audición • Examen auditivo: de rutina	- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro Límite de una visita por año.	- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro Límite de una visita por año.
• Examen auditivo: de diagnóstico/no de rutina	- Dentro de la red: \$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$40 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Audífonos	Usted paga \$300 - \$1,775 por cada audífono. La cobertura es por 2 audífonos por año.	Usted paga \$200 - \$1,675 por cada audífono. La cobertura es por 2 audífonos por año.

*Se puede requerir autorización previa

BlueCHIP para Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Core (HMO)
\$130 de copago por visita Consulte la sección “Atención de internación hospitalaria” en este folleto para informarse sobre otros costos.	\$130 de copago por visita Consulte la sección “Atención de internación hospitalaria” en este folleto para informarse sobre otros costos.
\$50 de copago por visita	\$50 de copago por visita
- Dentro de la red: \$0-\$125 de copago - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$0-\$150 de copago
- Dentro de la red: \$0 de copago - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$0 de copago
- Dentro de la red: \$25 de copago - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$25 de copago
- Dentro de la red: hasta \$50 de copago - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: hasta \$50 de copago
- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: 20% de coseguro
- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro Límite de una visita por año.	Dentro de la red: \$0 de copago por visita Límite de una visita por año.
- Dentro de la red: \$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$30 de copago por visita
Usted paga \$200 - \$1,675 por cada audífono. La cobertura es por 2 audífonos por año.	Usted paga \$300 - \$1,775 por cada audífono. La cobertura es por 2 audífonos por año.

Primas y beneficios	BlueCHiP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHiP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Servicios dentales • Cubiertos por Medicare	• Dentro de la red: 20% de coseguro • Fuera de la red: 40% de coseguro Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en relación con la atención médica, tratamiento, empaste, retiro o reemplazo del diente).	• Dentro de la red: 20% de coseguro • Fuera de la red: 30% de coseguro Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en relación con la atención médica, tratamiento, empaste, retiro o reemplazo del diente).
• Atención dental preventiva (exámenes, limpiezas, radiografías y tratamientos con flúor)	\$0 de copago	\$0 de copago
• Atención dental integral (empastes, tratamiento paliativo, extracciones simples, reparaciones de dentaduras postizas, tratamientos de conducto y cirugía bucal)	No cubierto	\$0 de copago
• Coronas y recubrimientos	No cubierto	No cubierto
• Beneficio anual máximo	\$500	\$2,000
Servicios oftalmológicos:		
• Examen: de rutina	• Dentro de la red: \$0 de copago por visita • Fuera de la red: 40% de coseguro Límite de una visita por año.	• Dentro de la red: \$0 de copago por visita • Fuera de la red: 30% de coseguro Límite de una visita por año.
• Examen de la vista: no de rutina)/ De diagnóstico	• Dentro de la red: \$45 de copago por visita • Fuera de la red: 40% de coseguro	• Dentro de la red: \$40 de copago por visita • Fuera de la red: 30% de coseguro
• Artículos para la visión	\$100 de asignación	\$200 de asignación

BlueCHIP para Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Core (HMO)
- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 20% de coseguro Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en relación con la atención médica, tratamiento, empaste, retiro o reemplazo del diente).	Dentro de la red: 20% de coseguro Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en relación con la atención médica, tratamiento, empaste, retiro o reemplazo del diente).
\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago
50% de coseguro	No cubierto
\$2,500	\$1,500
- Dentro de la red: \$0 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro Límite de una visita por año.	Dentro de la red: \$0 de copago por visita Límite de una visita por año.
- Dentro de la red: \$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$30 de copago por visita
\$300 de asignación	\$150 de asignación

Primas y beneficios	BlueCHIP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Servicios de salud mental: • Consulta como paciente hospitalizado	- Dentro de la red: \$390 de copago por día para los días 1 a 8 por admisión/estadía Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización dentro de la red. - Fuera de la red: 40% de coseguro por admisión/estadía Las estadías fuera de la red están cubiertas durante 90 días 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: \$375 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización dentro de la red. - Fuera de la red: 30% de coseguro por admisión/estadía Las estadías fuera de la red están cubiertas durante 90 días 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: \$0-\$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$40 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
Centro de enfermería especializada (SNF)*	\$10 por día para los días 1 a 20 \$218 de copago para los días 21 a 100 - Fuera de la red: 40% de coseguro Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada 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.	\$10 por día para los días 1 a 20 \$218 de copago para los días 21 a 45 - Copago de \$0 por día por los días 46 a 100 - Fuera de la red: 30% de coseguro Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada 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: \$0-\$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$0-\$40 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
Ambulancia*	\$200 de copago por viaje	\$200 de copago por viaje
Medicamentos de la Parte B de Medicare	- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 30% de coseguro

*Se puede requerir autorización previa

BlueCHIP para Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Core (HMO)
- Dentro de la red: \$325 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización dentro de la red. - Fuera de la red: 20% de coseguro por admisión/estadía Las estadías fuera de la red están cubiertas durante 90 días 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: \$275 de copago por día para los días 1 a 6 por admisión/estadía Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización dentro de la red. - Usted paga estos montos cada vez que es hospitalizado hasta que alcanza el desembolso directo máximo dentro de la red.
- Dentro de la red: \$0-\$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$0-\$30 de copago por visita
\$10 por día para los días 1 a 20 \$218 de copago para los días 21 a 45 - Copago de \$0 por día por los días 46 a 100 - Fuera de la red: 20% de coseguro Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada 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.	\$0 por día para los días 1 a 20 \$218 de copago para los días 21 a 45 - Copago de \$0 por día por los días 46 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada 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 dentro de la red.
- Dentro de la red: \$0-\$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$0-\$30 de copago por visita
\$200 de copago por viaje	\$200 de copago por viaje
- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: 20% de coseguro

Primas y beneficios	BlueCHIP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Beneficios para medicamentos con receta		
Deducible	\$500 (T3-5)	\$500 (T3-5)
Cobertura inicial Etapa	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo de sus medicamentos hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,400. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. No pagará más de \$35 o 25 %, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo de sus medicamentos hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,400. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. No pagará más de \$35 o 25 %, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.
Red de farmacias	Farmacias minoristas estándares Suministro para 30 días	Farmacias minoristas estándares Suministro para 30 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: de marca preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4: medicamentos no preferidos	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	28% de coseguro	28% de coseguro
Red de farmacias	Pedido por correo Suministro para 100 días:	
	Medicamentos preferidos	Estándar
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$24
Nivel 2: genéricos	\$0	\$48
Nivel 3: de marca preferidos	25%	25%
Nivel 4: medicamentos no preferidos	30%	30%
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de hasta 30 días.	
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D en esta etapa	Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D en esta etapa

BlueCHiP para Medicare Extra (HMO-POS)		BlueCHiP para Medicare Core (HMO)	
		Este plan no incluye los beneficios de medicamentos recetados.	
\$450 (T3-5)		N/C	
Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo de sus medicamentos hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,400. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. No pagará más de \$35 o 25 %, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.		N/C	
Farmacias minoristas estándares Suministro para 30 días		Farmacias minoristas estándares Suministro para 30 días	
\$0 de copago		N/C	
\$0 de copago			
25% de coseguro			
30% de coseguro			
28% de coseguro			
Pedido por correo Suministro para 100 días:		Pedido por correo Suministro para 100 días:	
Medicamentos preferidos	Estándar	Medicamentos preferidos	Estándar
\$0	\$24	N/C	
\$0	\$36		
25%	25%		
30%	30%		
Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de hasta 30 días.			
Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D en esta etapa		N/C	

Primas y beneficios	BlueCHiP para Medicare Essential (HMO-POS)	BlueCHiP para Medicare Enhanced (HMO-POS)
Beneficios adicionales		
Visitas al consultorio de un quiropráctico [^]	- Dentro de la red: \$15 de copago - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$15 de copago - Fuera de la red: 30% de coseguro
Beneficio de acondicionamiento físico	\$0 - \$40 por mes	\$0 - \$20 por mes
Atención de los pies (servicios de podología) [^]		
• Exámenes y tratamiento del pie	- Dentro de la red: \$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$45 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
• Atención del pie de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas	- Dentro de la red: \$45 de copago por visita - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: \$40 de copago por visita - Fuera de la red: 30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y prótesis*	- Dentro de la red: 25% de coseguro - Fuera de la red: 40% de coseguro	- Dentro de la red: 20% de coseguro - Fuera de la red: 30% de coseguro
Provisiones para el control de la diabetes	- Dentro de la red: 0% - 25% de coseguro - Fuera de la red: 40% de coseguro Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).	- Dentro de la red: 0% - 20% de coseguro - Fuera de la red: 30% de coseguro Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).
Beneficio de artículos de venta libre (OTC)	No cubierto	\$30 por trimestre para usar en artículos de salud diarios

*Se puede requerir autorización previa [^]Se requieren derivaciones

BlueCHIP para Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHIP para Medicare Core (HMO)
- Dentro de la red: \$15 de copago - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$15 de copago
\$0 por mes	\$0 - \$40 por mes
- Dentro de la red: \$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$30 de copago por visita
- Dentro de la red: \$35 de copago por visita - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: \$30 de copago por visita
- Dentro de la red: 10% de coseguro - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: 20% de coseguro
- Dentro de la red: 0% - 10% de coseguro - Fuera de la red: 20% de coseguro	Dentro de la red: 0% - 20% de coseguro
Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).	Debe usar monitores y tiras reactivas de productos de la marca Abbott (Freestyle).
\$45 por trimestre para usar en artículos de salud diarios	\$50 por trimestre para usar en artículos de salud diarios