

TABLA COMPARATIVA DE PLANES MÉDICOS JUBILADOS ELEGIBLES PARA MEDICARE PLAN DEL AÑO 2024: DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

Esta tabla muestra su parte del costo de los beneficios médicos, de salud mental y de medicamentos con receta usados habitualmente en Medicare Original, el Plan HealthSelectSM Medicare Advantage, una Organización de Proveedores Preferidos (MA PPO) y HealthSelectSM Secondary. Para obtener información más detallada sobre la elegibilidad, los servicios que están cubiertos y los que no están cubiertos y lo que usted paga, consulte la Evidencia de cobertura o el documento principal sobre los beneficios del plan en el sitio web del plan. Si hay un conflicto entre los documentos del plan y esta tabla, regirán los documentos del plan. Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre los beneficios de Medicare. Las tarifas y beneficios están sujetos a cambios.

Nota: A partir del 1 de enero de 2024, Express Scripts Medicare[®] será el nuevo administrador del plan para beneficios de medicamentos con receta. El Sistema de Jubilación de Empleados (ERS) de Texas dará más información sobre este cambio en los próximos meses.

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Administrador	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid	UnitedHealthcare [®]	Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)
Cómo funciona este plan	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. Nota: Medicare no reembolsará reclamos por servicios que presten proveedores que no participen en Medicare. Una vez que cubra sus deducibles, usted es responsable de la parte del costo que se menciona en esta tabla.	La MA PPO para HealthSelect 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 programas adicionales. Incluye cobertura para medicamentos con receta con HealthSelect Medicare Rx. Usted debe seguir pagando sus primas de la Parte B. Este plan tiene una red de proveedores, pero usted puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicare y esté de acuerdo en atenderlo por el mismo costo compartido. Los proveedores que están dentro de la red presentarán los reclamos por usted. No hay deducibles para el plan médico. 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 esta tabla.	HealthSelect Secondary paga de manera secundaria a Medicare, pero no es un plan Medicare-Advantage. Incluye cobertura para medicamentos con receta con HealthSelect Medicare Rx. Usted debe seguir pagando sus primas de la Parte B. El plan tiene una red de proveedores, pero usted puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicare. Los proveedores que están dentro de la red presentarán los reclamos por usted. Este plan tiene primas más altas para dependientes y por niveles y gastos de bolsillo más altos que la MA PPO para HealthSelect. Para la mayoría de los servicios que cubre Medicare, su parte del costo suele ser de \$0 después de que cubre sus deducibles y después de que Medicare paga. Si Medicare no cubre un servicio, este plan paga como plan primario. Una vez que cubra sus deducibles anuales, usted es responsable de la parte del costo que se menciona en esta tabla.
Deducible anual médico	Deducible de la Parte A: \$1,600 (hasta el 31 de diciembre de 2023) Deducible de la Parte B: \$226 (hasta el 31 de diciembre de 2023) Debe cubrir su deducible anual antes de que Medicare pague por los servicios que cubre.	Ninguno	Deducible por persona: \$200 Deducible por familia: \$600 Debe cubrir sus deducibles de Medicare Y de HealthSelect Secondary antes de que el plan pague por los servicios que cubre. Los dos deducibles corren simultáneamente.
¿Cobertura fuera de la red?	Los beneficios de abajo se aplican a los servicios de cualquier proveedor que acepte la tarifa de Medicare.	Sí. Los servicios fuera de la red están cubiertos en los mismos niveles de beneficios siempre que el proveedor acepte Medicare y esté de acuerdo en tratarlo.	Sí. La mayoría de los servicios fuera de la red están cubiertos en los mismos niveles de beneficios siempre que el proveedor acepte Medicare y este plan.
¿Facturación de saldos? (cuando un proveedor fuera de la red le cobra la diferencia entre sus cargos facturados y la cantidad permitida de su plan)	No. La facturación de saldos no se aplica si el proveedor acepta Medicare.	No. La facturación de saldos no se aplica si el proveedor acepta Medicare.	Sí. La facturación de saldos podría aplicar a ciertos servicios fuera de la red. Cuando un servicio no está cubierto por Medicare o los beneficios de Medicare se agotan, es posible que se le facture el saldo.
Gastos de bolsillo máximos totales dentro de la red	Ninguno	\$1,000 por persona (solo para servicios médicos), se renueva cada año calendario. No se aplican beneficios de farmacia y adicionales como servicio de enfermería privada.	\$7,500 por persona o \$15,000 por familia (incluye copagos de medicamentos con receta y médicos, coseguro y deducibles, excluye servicios fuera de la red y sin cobertura); se renueva cada año calendario.
Gastos de bolsillo máximos por coseguro	Ninguno	Ninguno. Hay un coseguro de hasta \$1,000 por servicio de enfermería privada, que no se aplica a los gastos de bolsillo máximos.	\$3,000 por persona (incluye solo coseguro médico); se renueva cada año calendario.

Todos los beneficios del Programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas podrían cambiar sin previo aviso. La Asamblea Legislativa de Texas decide el nivel de financiación para esos beneficios sin tener la obligación permanente de darlos tras haber transcurrido cada año fiscal.

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Copago máximo para pacientes hospitalizados	Ninguno	Ninguno	Ninguno
¿Se necesita un proveedor de atención primaria (PCP)?	No	No, pero se recomienda.	No
¿Se necesitan remisiones?	No	No	No

Beneficios médicos

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Tratamiento de alergias	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Servicios de ambulancia (para emergencias)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
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	Sin cobertura
Atención quiropráctica	Coseguro del 20% para servicios quiroprácticos que cubre 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; máximo de 30 visitas por año calendario cubierto; máximo de \$75 de beneficio por visita.
Equipo para diabetes ¹	20% de coseguro después de cubrir el deducible anual de la Parte B; consulte la página 6 para obtener más información.	Sin costo para los participantes para ciertas marcas de equipo; consulte la página 6 para obtener más información.	\$0 de copago/30% de coseguro; consulte la página 6 para obtener más información.
Suministros para la diabetes	Consulte la página 6 para obtener más información.		
Radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio ²	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
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 de saldos podría aplicar.
Equipo médico duradero ¹	20% de coseguro	Sin costo para los participantes por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.	\$0 de copago/30% de coseguro
Examen de la vista: de rutina	Sin cobertura	Sin costo para los participantes por examen de refracción; limitado a un examen cada 12 meses.	30% coseguro; limitado a un examen por año calendario
Proveedores en un centro (radiólogos, patólogos y laboratorios, anestesiólogos, médicos de salas de emergencias, etc.)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Atención médica de emergencia en un centro y departamentos de emergencias de asociados independientes de un hospital (no aplica a centros de salas de emergencias independientes)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Sala de emergencias independiente del centro (FSER)	No está cubierto por Medicare	No está cubierto por Medicare	\$0 de copago/30% de coseguro Los FSER no están cubiertos por Medicare, por lo que HealthSelect pagará como plan primario.

¹ Es posible que se necesite autorización previa.

² Si el proveedor/centro no acepta la asignación 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 podría ser responsable de pagar los copagos o un coseguro. Consulte su Evidencia de cobertura o el documento principal sobre los beneficios del plan para obtener más información.

Beneficios médicos

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Servicios de habilitación y rehabilitación: terapia para paciente ambulatorio (incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Aparatos auditivos que necesitan receta (para los participantes con cobertura mayores de 18 años)	Sin cobertura	El plan paga hasta \$2,000 por uno o dos oídos cada tres años.	El plan paga hasta \$1,000 por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería. No aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary.
Examen de la audición: de rutina	Sin cobertura	Sin costo para los participantes; limitado a un examen por año del plan	30% de coseguro
Radiología de alta tecnología (CT, MRI y medicina nuclear)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Atención médica en casa¹	Sin costo para los participantes	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro para terapia de infusión en casa 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 hospicio¹	Servicio cubierto por el programa de hospicio certificado por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de hospicio y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con el pronóstico terminal Coseguro del 5% para el cuidado de relevo para pacientes hospitalizados aprobado por Medicare Copago de \$5 por medicamentos para el manejo del dolor 	Los servicios del programa de hospicio certificado por Medicare están cubiertos por Medicare, y no por la MA PPO para HealthSelect.	\$0 de copago/30% de coseguro No aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary.
Hospital: estancia del paciente hospitalizado (habitación semiprivada y comida diaria, y unidad de cuidados intensivos) ¹	\$0 después de las siguientes cantidades para cada periodo de beneficios ² : <ul style="list-style-type: none"> 1-60 días: deducible de \$1,600 (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 de por vida 	Sin costo para los participantes	\$0 de copago ³ /30% de coseguro
Medicamentos e inyecciones administrados por un proveedor (consulte abajo los medicamentos y las inyecciones para pacientes ambulatorios) ^{*1}	20% de coseguro para medicamentos con receta con cobertura de la Parte B de Medicare bajo ciertas circunstancias.	Sin costo para los participantes para medicamentos con receta con cobertura de la Parte B de Medicare bajo ciertas circunstancias	\$0 de copago/30% de coseguro 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
Visitas en el consultorio del PCP	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro

* 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 de saldos podría aplicar a proveedores fuera de la red. Es posible que se apliquen algunos requisitos de edad.

¹ Es posible que se necesite 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 hospitalaria. 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 periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que pudiera tener.

³ Si el proveedor/centro no acepta la asignación 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 podría ser responsable de pagar los copagos o un coseguro. Consulte su Evidencia de cobertura o el documento principal sobre los beneficios del plan para obtener más información.

Beneficios médicos

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Servicios preventivos* (examen físico, mamografía de detección, examen de la mujer sana, prueba de detección 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 de saldos podría aplicar.
Servicio de enfermería privada¹	Sin cobertura	30% de coseguro 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 sus gastos de bolsillo máximos totales anuales.	30% de coseguro, horas ilimitadas
Clínica retail de atención médica/conveniencia	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Centros de enfermería especializada (SNF)/servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados¹	Días 1-20: \$0 (se necesitan 3 días de estancia en el hospital) 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.	Sin costo para los participantes No aplica el deducible anual para HealthSelect Secondary.
Visitas en el consultorio de un médico especialista	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Operación (paciente ambulatorio) que no sea en el consultorio del médico¹	20% de coseguro; copago especificado para cargos del centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Visita de telemedicina	20% de coseguro	Sin costo para los participantes por cada visita de telesalud que cubra Medicare.	\$0 de copago/30% de coseguro
Tratamientos terapéuticos: pacientes ambulatorios	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Clínica de atención de urgencia	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
Visitas virtuales/visitas en línea (médicas)	20% de coseguro	Sin costo para los participantes para proveedores de visitas virtuales dentro y fuera de la red	Doctor on Demand [®] o MDLIVE [®] están cubiertos sin costo para los participantes; otros proveedores no 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 de saldos podría aplicar a proveedores fuera de la red. Es posible que se apliquen algunos requisitos de edad.

¹ Es posible que se necesite 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 hospitalaria. 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 pudiera tener.

Beneficios de salud mental/salud conductual/abuso de sustancias

Los beneficios se aplican a todos los servicios de salud mental y conductual cubiertos (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 y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Administrador y red	N/A	Optum Behavioral Health Network	Blue Cross and Blue Shield of Texas
Estancia en el hospital por salud mental¹	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: <ul style="list-style-type: none"> 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 de por vida" después del día 90 para cada período de beneficio (hasta un máximo de 60 días de reserva de por vida) Si los servicios se extienden más allá de los días de reserva de por vida 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 Limitado a 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida	\$0 de copago ³ /30% de coseguro

Beneficios de salud mental/salud conductual/abuso de sustancias

Los beneficios se aplican a todos los servicios de salud mental y conductual cubiertos (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 y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Telemedicina para salud mental	20% de coseguro	Sin costo para los participantes por cada visita de telemedicina que cubra Medicare.	\$0 de copago/30% de coseguro
Atención en un centro para pacientes ambulatorios (hospitalización parcial/tratamiento de día y tratamiento para pacientes ambulatorios amplio) ¹	20% de coseguro	Sin costo para los participantes	\$0 de copago/30% de coseguro
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
Visitas virtuales/visitas en línea (salud mental)	20% de coseguro cuando se cumplen los criterios de Medicare	Sin costo para los participantes para proveedores de visitas virtuales dentro y fuera de la red	Doctor on Demand [®] o MDLIVE [®] están cubiertos sin costo para los participantes; otros proveedores no tienen cobertura.

¹ Es posible que se necesite 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 hospitalaria. 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 pudiera tener.

³ Si el proveedor/centro no acepta la asignación 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 podría ser responsable de pagar los copagos o un coseguro. Consulte su Evidencia de cobertura o el documento principal sobre los beneficios del plan para obtener más información.

Beneficios de medicamentos con receta

La MA PPO para HealthSelect y HealthSelect Secondary incluyen una cobertura integral de medicamentos con receta con HealthSelectSM Medicare Rx, que administra Express Scripts Medicare[®].

El costo compartido que paga por sus medicamentos depende del nivel del medicamento, la cantidad que compra (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 con servicio por correo. Pagará menos por sus medicamentos si surte sus recetas en una farmacia dentro de la red.

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.

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro 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.	Express Scripts Medicare	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	Sí	Sí
Deducible del plan de medicamentos con receta (PDP) (por participante, por año del plan)	Depende de la Parte D del plan	\$50	\$50
Nivel 1 (principalmente medicamentos genéricos)	Depende de la Parte D del plan	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento y de mantenimiento: \$10 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$30 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento y de mantenimiento: \$10 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$30 de copago
Nivel 2 (principalmente medicamentos de marca preferidos)	Depende de la Parte D del plan	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento: \$35 de copago De mantenimiento: \$45 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$105 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No de mantenimiento: \$35 de copago De mantenimiento: \$45 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$105 de copago
Nivel 3 (principalmente medicamentos de marca no preferidos) ¹	Depende de la Parte D del plan	<ul style="list-style-type: none"> No mantenimiento: \$60 de copago De mantenimiento: \$75 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$180 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> No mantenimiento: \$60 de copago De mantenimiento: \$75 de copago Pedido por correo de suministro para 90 días o suministro de día extendido: \$180 de copago

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. Es posible que su receta esté cubierta en ciertas situaciones. Su costo puede ser mayor si utiliza una farmacia fuera de la red para surtir su receta y debe presentar un reclamo en papel para recibir el reembolso.

Beneficios de medicamentos con receta

	Medicare Original	Plan HealthSelect SM Medicare Advantage dentro y fuera de la red	HealthSelect SM Secondary dentro y fuera de la red
Medicamentos especializados ²	Depende de la Parte D del plan	Los medicamentos especializados que se compran en una farmacia están cubiertos como medicamentos de Nivel 2 o Nivel 3. De lo contrario, están cubiertos como beneficio médico.	Los medicamentos especializados que se compran en una farmacia están cubiertos como medicamentos de Nivel 2 o Nivel 3. De lo contrario, están cubiertos como beneficio médico.

² Es posible que se necesite autorización previa.

Equipo y suministros para diabetes

Otros equipos, suministros y medicamentos con receta para diabetes que no se mencionan abajo pueden tener cobertura de estos planes. Para obtener más información sobre los beneficios de su plan 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	MA PPO para HealthSelect SM (HealthSelect SM Medicare Rx) dentro y fuera de la red		HealthSelect SM Secondary (HealthSelect SM Medicare Rx) dentro y fuera de la red	
	Beneficios médicos y de medicamentos con receta	Beneficios del Plan de medicamentos con receta (PDP) (Express Scripts Medicare [®])	Beneficios del plan médico (UnitedHealthcare [®])	Beneficios del Plan 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 que están cubiertos son: OneTouch Verio Flex [®] , OneTouch Verio Reflect [®] , Touch Verio [®] , OneTouch [®] Ultra 2, Accu-Chek [®] 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
Monitores continuos de glucosa/bombas de insulina	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados estarán disponibles a partir del 1 de enero de 2024.	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados estarán disponibles a partir del 1 de enero de 2024.	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados estarán disponibles a partir del 1 de enero de 2024.	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados a partir del 1 de enero de 2024.	
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 que están cubiertas son: 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
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.	Farmacia dentro de la red: Las jeringas de insulina y las agujas para plumas están cubiertas sin costo alguno para los participantes. Es posible que algunos suministros estén cubiertos por los beneficios de su plan médico.	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 la MA PPO para HealthSelect.	Farmacia dentro de la red: jeringas de insulina y agujas para plumas sin costo para los participantes. Es posible que algunos suministros estén cubiertos por los beneficios de su plan médico.	\$0 de copago/30% de coseguro Los beneficios del PDP pueden cubrir algunos suministros. Para obtener más información, comuníquese con HealthSelect Secondary.
Insulina con receta ^{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	Farmacia dentro de la red: Los productos de insulina en la lista de medicamentos del PDP (formulario) están cubiertos con un copago de Nivel 2 o Nivel 3. No más de \$25 por suministro de 30 días, independientemente del nivel. El deducible anual del PDP no se aplica a la insulina del formulario.	No la cubren los beneficios del plan médico	Farmacia dentro de la red: Los productos de insulina en la lista de medicamentos del PDP (formulario) están cubiertos con un copago de Nivel 2 o Nivel 3. No más de \$25 por suministro de 30 días, independientemente del nivel. El deducible anual del PDP no se aplica a la insulina del formulario.	No la cubren los beneficios del plan médico

¹ Es posible que se necesite 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 utiliza una farmacia fuera de la red para surtir su receta y debe presentar un reclamo en papel para recibir el reembolso.