



## Resumen de beneficios para 2018

### Condado seleccionados en el área de Houston-Beaumont:

**Houston:** Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston (códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592), Harris, Liberty, Montgomery y Waller.

**Beaumont:** Chambers, Hardin, Jefferson y Orange.

Del 1.º de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018



# Resumen de beneficios para 2018

Del 1.º de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

H4506

Plan 029

Este es un resumen de los servicios de salud y los medicamentos cubiertos por TexanPlus Choice (HMO-POS).

TexanPlus® HMO-POS es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus® HMO-POS depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos o visite nuestro sitio web y solicite la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Para obtener la información de contacto, consulte la página posterior.

## ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en TexanPlus Choice (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 los siguientes condados de **Houston-Beaumont: Houston:** Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston (códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592), Harris, Liberty, Montgomery y Waller; **Beaumont:** Chambers, Hardin, Jefferson y Orange.

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

TexanPlus Choice (HMO-POS) es un plan de Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con una opción Punto de Servicio (Point-of-Service, POS). Nuestro plan cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si usted usa los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Usted cuenta con la flexibilidad de elegir proveedores fuera de la red sin autorización o derivación (siempre

que el proveedor acepte los términos y condiciones de pago del plan y participe en el programa Medicare), pero es posible que deba pagar un costo compartido más alto.

Por lo general, usted debe utilizar las farmacias de la red para abastecer sus recetas para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener más información sobre nuestra red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores, llámenos o visite nuestro sitio web en [www.TexanPlusPOS.com](http://www.TexanPlusPOS.com). Para obtener la información de contacto, consulte la página posterior.

## ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar nuestro formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos) para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto va a costarle. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las siguientes etapas de beneficios: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situación catastrófica.

## Manual “Medicare y Usted”

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar 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. Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

# Resumen de beneficios

Del 1.º de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

## TEXANPLUS CHOICE (HMO-POS)

### ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL PLAN

|   |  |
|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b>   | \$0.00<br><b>Qué debe saber:</b><br>Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.   |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b>  | \$0<br><b>Qué debe saber:</b><br>Este plan no ofrece una Reducción de la prima de la Parte B.  |
| <b>Deducible médico anual</b>   | \$0<br><b>Qué debe saber:</b><br>Este plan no tiene un deducible.  |
| <b>Responsabilidad de monto máximo de bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos recetados) | \$6,700 dentro de la red/\$10,000 fuera de la red<br><b>Qué debe saber:</b><br>Nuestro plan le protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria. El límite combinado es el monto máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos por una combinación de servicios médicos de la red y fuera de la red para el año. |

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

- ① Los servicios pueden requerir autorización previa cuando se reciben dentro de la red.
- ② Los servicios pueden requerir una derivación de su médico.

|  |  |
|--|--|
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> ①②   | <b>Dentro de la red:</b><br>Copago de \$250 por día (día 1 a 5)<br>Copago de \$0 por día (día 6 en adelante)<br><b>Fuera de la red:</b><br>40 % del costo<br><b>Qué debe saber:</b><br>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para la hospitalización de un paciente internado. |
| <b>Servicios, cirugía y cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> ①②<br>Centro de cirugía ambulatoria | <b>Dentro de la red:</b><br>Copago de \$200<br><b>Fuera de la red:</b><br>40 % del costo   |



|  |  |
|--|--|
| <p><b>Atención de emergencia</b><br/>                 Atención de emergencia<br/>                 Atención de emergencia internacional</p>   | <p>Copago de \$80<br/>                 Copago de \$80<br/>                 Beneficio máximo de \$20,000</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>                 En el caso de atención de emergencia, si se lo admite en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para la atención de emergencia.</p> <p>La atención de emergencia internacional está sujeta a una cobertura de plan de un máximo de \$20,000 o 60 días de atención médica, lo que se alcance primero.</p> <p>No hay cobertura internacional para atención que no sea visitas a una sala de emergencias o admisiones de emergencia en un hospital. Tampoco hay cobertura para las compras de medicamentos mientras se encuentre fuera de los Estados Unidos.</p> |
| <p><b>Servicios que se necesitan con urgencia</b></p>  | <p>Copago de \$35</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>                 Si se lo admite en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para los servicios que se necesiten con urgencia.</p>  |
| <p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes</b> ①②<br/>                 (lo costos pueden variar según el lugar de servicio)</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI, CT)</p> <p>Pruebas de diagnóstico</p> <p>Procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio*</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                 20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                 40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                 Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                 40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                 Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                 40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>                 Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>                 40 % del costo</p>   |
| <p><b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b></p>   | <p><b>Dentro de la red:</b></p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Copago de \$15</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p>  |
| <p>Servicios radiológicos terapéuticos</p><br><p>Suministros médicos relacionados</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Se requiere una autorización previa para que estén cubiertos, excepto por las radiografías y algunos servicios de laboratorio cuando se realizan en centros independientes.</p>        |
| <p><b>Servicios auditivos</b> ① ②</p> <p>Exámenes de la audición cubiertos por Medicare</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Medicare cubre los exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico si su médico u otro proveedor de atención médica le indica realizarse estas pruebas para determinar si necesita tratamiento médico.</p>  |
| <p><b>Servicios odontológicos</b> ②</p> <p>Visitas odontológicas integrales cubiertas por Medicare</p><br><p>Visitas odontológicas preventivas</p> <p>Exámenes bucales, profilaxis (limpieza),<br/>tratamiento con flúor y radiografías dentales</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$40</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p><br><p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$15</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>Sin cobertura</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Medicare cubre los servicios odontológicos relacionados con tratamiento médico.<br/><br/>Nuestro plan cubre un máximo de \$500 para servicios odontológicos preventivos por año.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Servicios de la visión</b></p> <p>Exámenes oculares<br/>Cubierto por Medicare</p> <p>Exámenes oculares de rutina (refracción)</p> <p>Exámenes de detección de glaucoma</p> <p>Artículos ópticos<br/>Cubierto por Medicare</p> <p>Lentes de contacto, anteojos, lentes y marcos</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>Sin cobertura</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0 (cubierto hasta \$100 cada dos años)</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>Sin cobertura</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Nuestro plan cubre hasta 1 examen ocular de rutina (refracción) por año.<br/>Beneficios mejorados para los accesorios ópticos que incluyen cobertura para lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos), lentes y marcos hasta un beneficio máximo de \$100.00 cada dos años, no relacionados con el posoperatorio de una cirugía de cataratas. Los artículos para la vista cubiertos por Medicare se limitan a un par de anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.</p> |
| <p><b>Servicios de salud mental</b> ①②</p> <p>Visita a hospital para pacientes internados</p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$250 por día (día 1 a 5)<br/>Copago de \$0 por día (día 6 en adelante)</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p>  |



|  |   |
|--|---|
| <p>Terapia individual para pacientes ambulatorios</p> <p>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</p> <p>Hospitalización parcial</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$40</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$40</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$55</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental brindados a pacientes internados en un hospital general.</p> |
| <p><b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ①②</b></p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0 por día (día 1 a 20)<br/>Copago de \$150 por día (día 21 a 100)</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios en un SNF. El período de beneficios comienza el primer día que usted ingresa a un centro (de internación aguda, un centro de cuidado agudo a largo plazo o un SNF) y concluye cuando no ha recibido ningún tipo de atención en un centro para pacientes internados durante 60 días consecutivos. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.</p>                    |
| <p><b>Terapia física</b></p> <p>Visita de terapia ocupacional</p> <p>Terapia física, terapia del habla y terapia del lenguaje</p>      | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$35</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$35</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Traslados en ambulancia</b></p>   | <p>Copago de \$250<br/> <b>Qué debe saber:</b><br/>                 No se exime de la participación en los costos si lo admiten para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.</p>   |  |
| <p><b>Transporte</b></p>  | <p>Sin cobertura</p>  |  |
| <p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare ①</b></p> <p>Medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>0 %-20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/> <b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 para los medicamentos compuestos para tratamientos respiratorios administrados con un nebulizador y que estén proporcionados por un proveedor preferido. 20 % para todos los demás medicamentos la Parte B de Medicare.</p> |  |
| <p><b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b></p>  |   |  |
| <p><b>DEDUCIBLE PARA MEDICAMENTOS RECETADOS</b></p>   | <p>\$0</p>  |  |
| <p><b>ETAPA DE COBERTURA INICIAL</b></p>  | <p>Usted paga estos montos de coseguro o copagos hasta que su costo total anual de medicamentos alcance los \$3,750. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y nuestro plan de la Parte D.</p>   |  |
| <p>Participación en los costos en farmacia minorista estándar (en la red)</p>   | <p>Suministro para 30 días en farmacia minorista</p>  | <p>Suministro para 90 días en farmacia minorista</p> |

**TEXANPLUS CHOICE (HMO-POS)**

|  |         |                |
|--|---------|----------------|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos   | \$0.00  | \$0.00         |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos  | \$5.00  | \$12.50        |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos  | \$40.00 | \$100.00       |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos  | \$80.00 | \$200.00       |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel de especialidad   | 33 %    | No disponibles |
| <p><b>Qué debe saber:</b><br/>                 Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de venta por correo.<br/>                 Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.<br/>                 Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia de la red.<br/>                 Se le reembolsará hasta el costo de medicamentos del plan menos el copago o coseguro de los medicamentos comprados fuera de la red, hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,750. Es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por los medicamentos y presentar documentación para recibir un reembolso.</p> |         |                |

**TEXANPLUS CHOICE (HMO-POS)**

| Participación en los costos de venta por correo preferida   | Suministro para 30 días   | Suministro para 90 días                       |
|---|---|---|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos  | \$0.00  | \$0.00  |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos   | \$5.00  | \$5.00  |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos   | \$40.00   | \$80.00                                       |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos   | \$80.00   | \$160.00                                      |
| Nivel 5: Medicamentos de nivel de especialidad  | 33 %  | No disponibles                                |
| <p><b>Qué debe saber:</b><br/>                     Suministro para 90 días de los medicamentos recetados de los niveles 1 y 2 por un copago de 30 días; suministro para 90 días de los medicamentos recetados de los niveles 3 y 4 por dos copagos de 30 días. Disponible solo a través de una farmacia de servicio de pedidos por correo preferida y surtidos durante la etapa de cobertura inicial. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener información sobre disponibilidad y copagos.</p> |   |   |
| <b>ETAPA DE PERÍODO SIN COBERTURA</b>   | <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado “período de carencia”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual del medicamento (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$3,750.</p> <p>Una vez que entra en el período sin cobertura, usted paga el 35 % del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el 44 % del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos de bolsillo alcancen un total de \$5,000, que es el final del período sin cobertura. No todos van a entrar en el período sin cobertura.</p> <p>En este plan, es posible que pague aún menos por los medicamentos genéricos que se encuentran en el formulario. Su costo varía según el nivel. Deberá usar su formulario para ubicar el nivel de su medicamento. El cuadro a continuación muestra cuánto le costará.</p> |   |
|   | Suministro para 30 días en farmacia minorista   | Suministro para 90 días en farmacia minorista |
|   | Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - Todos los medicamentos cubiertos   | \$0.00  |
| <b>ETAPA DE COBERTURA EN SITUACIÓN CATASTRÓFICA</b>   | <p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de venta por correo) alcanzan los \$5,000, usted paga el que sea mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 % del costo</li> <li>• Copago de \$3.35 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)</li> <li>• Copago de \$8.35 para todos los demás medicamentos</li> </ul>  |   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>OTRA INFORMACIÓN</b></p>   | <p>La participación en los costos puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en otra fase de los beneficios de la Parte D. Para obtener más información sobre la participación adicional en los costos específica de farmacia y las fases de los beneficios, llámenos o ingrese en línea a nuestra Evidencia de cobertura.</p>   |
| <p><b>BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS</b></p>   |   |
| <p><b>Servicios de rehabilitación ①②</b></p> <p>Servicios para pacientes ambulatorios:<br/>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Rehabilitación pulmonar</p>   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$35</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$30</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p>   |
| <p><b>Cuidado de los pies (servicios de podología)</b></p>   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$40</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Exámenes y tratamientos de pies si tiene lesión nerviosa relacionada con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.</p>  |
| <p><b>Suministros/Equipo médico ①②</b></p> <p>Suministros para el control de la diabetes</p> <p>Capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Calzado terapéutico o plantillas</p> <p>Equipo médico duradero</p> | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>0 %-20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40% del costo</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>Dispositivos protésicos</p>   | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>20 % del costo</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Los suministros para la diabetes cubiertos incluyen: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa. El plan tiene una lista de proveedores de monitoreo diabético de marca preferidos que están sujetos a una menor participación en los costos.</p>   |
| <p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Programa de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit®</p> <p>Membresía del centro de actividad física</p> <p>Kit de actividad física en el hogar</p> <p>Control de enfermedad mejorada</p> <p>Línea de salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> | <p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$10</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>El programa de envejecimiento saludable y ejercicio Silver&amp;Fit® le brinda a los miembros la opción de una membresía del centro de actividad física o un kit de actividad física en el hogar para aquellas personas que no pueden ir a un centro de actividad física o prefieren hacer actividad física en el hogar. Los copagos son para una cuota de membresía anual. Límite de 2 kits de actividad física en el hogar por año.</p> <p>Los servicios que requieren una cuota adicional no son parte del programa Silver&amp;Fit. El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en este documento.</p> |
| <p><b>Atención quiropráctica ①②</b></p>  | <p><b>Dentro de la red:</b><br/>Copago de \$20</p> <p><b>Fuera de la red:</b><br/>40 % del costo</p> <p><b>Qué debe saber:</b><br/>Nuestro plan solo cubre manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se salen de su posición).</p>   |



TexanPlus® HMO-POS es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus® HMO-POS depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción exhaustiva de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

\*Análisis de laboratorio aprobados por Medicare.





# La discriminación está prohibida por la ley

---

TexanPlus® HMO, TexanPlus® HMO-POS, TexanPlus® HMO-SNP, Today's Options® PFFS, Today's Options® PPO y Today's Options® HMO (de aquí en adelante "el Plan") cumplen con las leyes federales que protegen los derechos civiles correspondientes y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Plan no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Coordinador de Derechos Civiles, el nombre de su plan, P.O. Box 18200, Austin, TX 78760-8200, c/o Appeals and Grievances, 1-866-422-1690 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), Fax: 1-800-817-3516, Correo electrónico: [AGMailbox@UniversalAmerican.com](mailto:AGMailbox@UniversalAmerican.com). Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles puede ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

---

## Servicios de intérpretes en varios idiomas

**ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-736-7442 (TTY: 711).

### Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711).

### Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-736-7442 (TTY: 711)。

### Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-736-7442 (телетайп: 711).

### French:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-736-7442 (ATS: 711).

**Vietnamese:**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-736-7442 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-736-7442 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Italian:**

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Yiddish:**

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Bengali:**

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরম্বা উপলব্ধ। ফোন করুন 1-888-736-7442 (TTY: 711)।

**Urdu:**

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-888-736-7442 (TTY: 711)۔

**Polish:**

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Tagalog:**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Greek:**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Albanian:**

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-736-7442 (TTY: 711).

**Hindi:**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-736-7442 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Comuníquese con nosotros



**Para obtener más información, llámenos al número de teléfono que figura a continuación o visítenos en [www.TexanPlusPOS.com](http://www.TexanPlusPOS.com).**

- ¿Aún no es miembro? Llámenos al número gratuito 1-866-556-4607; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Su llamado puede ser atendido por un agente autorizado.
- ¿Ya es miembro? Llámenos al 1-866-230-2513; los usuarios de TTY deben llamar al 711.



### Horario de atención

- Del 1.º de octubre al 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local. Si llama después del horario de atención, puede dejar un correo de voz y le devolveremos la llamada en un plazo de un día hábil.
- Del 15 de febrero al 30 de septiembre, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., en su zona horaria local. Si llama después del horario de atención o los sábados y domingos, puede dejar un correo de voz y le devolveremos la llamada en un plazo de un día hábil.



### Formularios y directorios

- Puede encontrar nuestro formulario completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y la herramienta de búsqueda del plan **“Find a Drug”** (Buscar un medicamento) en línea, junto con todas las restricciones, en nuestro sitio web [www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindADrug](http://www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindADrug). O bien, puede llamarnos y le enviaremos una copia.
- Puede encontrar nuestra herramienta de búsqueda del plan **“Find a Pharmacy”** (Buscar una farmacia) en línea en nuestro sitio web [www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindAPharmacy](http://www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindAPharmacy).
- Puede encontrar nuestro Directorio de proveedores y la herramienta de búsqueda del plan **“Find a Provider”** (Buscar un proveedor) en línea en nuestro sitio web [www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindAProvider](http://www.Universal-American-Medicare.com/TexanPlusFindAProvider). O bien, puede llamarnos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores.