Del 1 de Enero de 2027 al 31 de Diciembre de 2027

Highmark Health Options Duals Select (HMO D-SNP)

Resumen de beneficios

Delaware

El resumen de beneficios no enumera todos los servicios, limitaciones ni circunstancias especiales. Visite **www.highmark.com/hhoduals/de** para ver la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan, que incluye una lista completa de los servicios cubiertos. El deducible de la prima y los límites son los montos que usted paga por los servicios cubiertos.

Las personas con estatus de Medicaid QMB reciben ayuda para pagar los deducibles, copagos y coseguros médicos, y no pagarán los copagos máximos de los CMS por los beneficios médicos de Duals Select.

Obtenga los servicios cubiertos sin preocuparse por su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o recepción de asistencia pública.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo en línea en medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048.

Puede inscribirse en este plan si usted:

- Tiene la Parte A de Medicare,
- Está inscrito en la Parte B de Medicare
- Vive en uno de estos condados: Kent, New Castle, o Sussex.
- Debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorros de Medicare ofrecidos por Medicaid para personas con ingresos y recursos limitados: QMB, SLMB, o QI.

HIGHMARK

Highmark Health Options Duals Select (HMO D-SNP)	
Prima mensual del plan	$0
Reducción de la prima de la Parte B	$0
Deducible médico	$0
Gastos máximos de desembolso para servicios dentro de la red	$9,850

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos	Estatus de QMB	Estatus de SLMB/QI
Estancias de hospitalización para pacientes hospitalizados*		
Por admisión	$0	Copago máximo de CMS
Visitas para pacientes ambulatorios*	$0	20%
Centro quirúrgico ambulatorio*	$0	20%
Visita al consultorio		
Médico de atención primaria	$0	20%
Especialista	$0	20%
Exámenes de detección preventivos	$0	$0
Visita a la sala de emergencias	$0	$115
Visita de atencion de urgencia	$0	$40
Laboratorio y pruebas de diagnóstico*		
Laboratorios independientes*	$0	20%
Consultorio médico*	$0	20%
Centro ambulatorio*	$0	20%
Radiografías/Diagnóstico por imágenes avanzadas*		
Radiografía*	$0	20%
Imágenes avanzadas*	$0	20%
Audición		
Servicios cubiertos por Medicare	$0	20%
Examen de rutina anual	$10	$10
TruHearing™ (1 audífono por oído cada tres años)	$0	$0
Dental*		
Servicios cubiertos por Medicare*	$0	20%
Limpieza y examen de rutina dos veces al año	$10	$10
Radiografías de rutina anuales	$0	$0
Límite máximo anual combinado	$1,500	$1,500
Visión		
Servicios cubiertos por Medicare	$0	20%
Examen de la vista de retina para diabéticos cubierto por Medicare	$0	$0
Examen de rutina anual	$10	$10
Límite anual combinado para gafas de uso rutinario	$150	$150
Salud mental*		
Estancias para pacientes hospitalarias		
Por admisión	$0	Copago máximo de CMS
Visitas ambulatorias	$0	20%

Beneficios Cubiertos Adicionales	Estatus de QMB	Estatus de SLMB/QI
Estancias de admisión en centros de enfermería especializada (CEE)*		
Por admisión	$0	Copago máximo de CMS
Terapia Física*	$0	20%
Traslado en ambulancia (ida) de emergencia/no emergencia*	$0	20%
Medicamentos de la parte B de Medicare^*	$0	0 - 20%

Beneficios del Formulario

Deducible: Nivel 1: $0, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5: $700

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcance $2,400.

El costo total anual de los medicamentos son el total de los costos de medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D.

MEDICAMENTOS	Cobertura inicial	Venta minorista			Venta por Correo		
	Suministro diario	**30**	**60**	**100**	**30**	**60**	**100**
	Nivel 1	$0	$0	$0	$0	$0	$0
	Nivel 2	25%	25%	25%	25%	25%	25%
	Nivel 3	25%	25%	25%	25%	25%	25%
	Nivel 4	25%	-	-	-	-	-
	Nivel 5	25%	-	-	-	-	-

INSULINA	Cobertura inicial	Venta Minorista			Venta por Correo		
	Suministro diario	**30**	**60**	**100**	**30**	**60**	**100**
	Nivel 3	$35	$70	$105	$35	$70	$105
	Nivel 4	$35	-	-	-	-	-
	Nivel 5	$35	-	-	-	-	-

Pagará los copagos del programa LIS que le correspondan para los Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Nivel 3 de LIS: $0 de copago para medicamentos genéricos y de marca Nivel 2 de LIS: $1.65 para medicamentos genéricos / $5.00 para medicamentos de marca Nivel 1 de LIS: $5.80 para medicamentos genéricos / $14.40 para medicamentos de marca
Cobertura catastrófica	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

**El servicio requiere autorización previa.*

^ΛAlgunos medicamentos sujetos a reembolso pueden tener un coaseguro más bajo. La insulina tiene un límite de copago de $35 por un suministro de un mes.

Algunos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir aprobación previa o autorización previa. Consulte su Evidencia de Cobertura (EDC).

Beneficio de la tarjeta Flex

Tarjeta Flex

$198 Trimestral Subsidio BSEEC+ para alimentos saludables, servicios públicos, productos de venta libre y artículos de seguridad para el hogar y el baño.
$51 Trimestral Artículos no calificados como BSEEC para MVL y de seguridad.

BSEEC = Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos
MVL = Medicamentos de venta libre

¿Tiene preguntas? ¡Estamos aquí para ayudarle!

¿Ya eres miembro o necesitas una copia del EOC?
Llámenos al **1-844-722-5837** (TTY: 711),
1 de Octubre – 31 de Marzo: de 8 a. m. a 8 p. m. HE, los 7 días de la semana
1 de Abril – 30 de Septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. HE, de lunes a viernes

¿Desea inscribirse por primera vez?

Hable con un asesor local certificado de Medicare de Highmark, visite una tienda Highmark Direct o un centro de Medicare, o llame al **1-888-567-0914** (TTY: 711)

1 de Octubre – 31 de Marzo: de 8 a. m. a 8 p. m. HE, los 7 días de la semana
1 de Abril – 30 de Septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m. HE, de lunes a viernes

Highmark Health Options Duals ofrece planes HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Highmark BCBSD Inc., que opera bajo el nombre comercial Highmark Blue Cross Blue Shield, es un licenciatario independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield. Highmark Health Options Duals es ofrecido por Highmark Blue Cross Blue Shield.

Todas las referencias a "Highmark" en este documento se refieren a la compañía Highmark que proporciona los beneficios de salud del afiliado o la administración de beneficios de salud y/o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc. TruHearing es una compañía independiente que administra el examen auditivo de rutina y el beneficio de audífonos.

Presente una queja ante la División de Medicaid y Asistencia Médica (Division of Medicaid and Medical Assistance) llamando al 302-571-4900. El sitio web de Highmark Health Options Duals Select (HMO D-SNP) www.highmark.com/health-options-de/duals ofrece en línea formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) e instrucciones. También puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de Medicaid (Medicaid Office of the Ombudsperson) al 1-855-773-1002, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

+Los beneficios suplementarios especiales están destinados a personas con enfermedades crónicas o afecciones de larga duración, como diabetes, asma, obesidad, etc. Highmark le ayudará a determinar si reúne los requisitos para estos beneficios y es posible que le formule otras preguntas de elegibilidad. No todas las personas cumplen necesariamente con los requisitos.

HIGHMARK

H7710_26_5124_M_SP