



Delaware

Highmark Health Options Duals (HMO SNP)

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Para inscribirse en los siguientes planes, debe vivir en uno de estos condados:

Kent, New Castle, Sussex

Este resumen de beneficios no enumera todos los servicios, limitaciones o circunstancias especiales.

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en los directorios de proveedores).

Visítenos en highmark.com/health-options-de/duals para obtener más información sobre beneficios, incluido:

- **Evidencia de Cobertura** (*lista completa de beneficios*)
- **Directorios de Proveedores y Farmacias**
- **Formulario** (*lista completa de medicamentos recetados de la Parte D*)

Si necesita copias impresas, llámenos al **1-844-722-5837** (TTY 711). Estamos disponibles 1 de octubre – 31 de marzo, 8 a. m. a 8 p. m., 1 de abril – 30 de septiembre, 8 a. m. a 8 p. m., lunes – viernes.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual actual “Medicare y Usted”. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

Las personas con estado de Medicaid QMB reciben asistencia para pagar cualquier deducible médico, copago médico y coseguro, y no pagarán los copagos máximos de CMS para los beneficios médicos de Duals Select.

Highmark Health Options Duals Select (HMO SNP)

Prima	\$0
Deducible	CMS Maximum
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,250
Hospitalización*	Máximo de CMS copago por admisión IN
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios*	ASC ¹ : 20% coseguro Centro: 20% coseguro
Visita al consultorio médico	PCP: 20% coseguro Especialista: 20% coseguro
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad
Sala de emergencia	\$115 coseguro
Servicios requeridos urgentemente	\$40 coseguro
Laboratorio* y pruebas de diagnóstico*	Consultorio/Laboratorio: 20% copago; Paciente ambulatorio: 20%
Radiografías*/ Diagnóstico por imágenes avanzadas*	Radiografía: 20% coseguro Imágenes avanzadas: 20% coseguro
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: 20% coseguro. Rutina: \$0 coseguro (1 por año). TruHearing Advanced: \$0 copago (2 audífonos cada 3 años)
Servicios dentales	Cubierto por Medicare: 20% coseguro.* Visita de rutina al consultorio: \$0 coseguro (1 cada seis meses). Radiografías de rutina: \$0 coseguro (1 cada seis meses). Integral: 0% coseguro con un máximo de \$1,500 (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: 20% coseguro Rutina: \$0 coseguro por un examen de la vista de rutina por año calendario. Asignación de \$150 para la compra de marcos para anteojos/lentes o lentes de contacto. \$0 copago para lentes estándar.
Servicios de salud mental	Paciente internado: Máximo de CMS coseguro por admisión*; Paciente ambulatorio: 20% copago
Centro de enfermería especializada*	\$0 coseguro/día (días 1-20), Máximo de CMS coseguro/día (días 21-100)
Fisioterapia*	20% coseguro
Ambulancia (por viaje de ida)*	Emergencia/No emergencia: 20% coseguro
Transporte	No cubierto
Medicamentos de Medicare Parte B*†	20% coseguro
OTC	Incluido en la asignación de Flex Card
Flex Card	Los miembros calificados de SSBCI reciben una asignación combinada de \$250 por trimestre para artículos de venta libre (OTC), seguridad en el hogar/baño, alimentos (SSBCI) y servicios públicos (SSBCI). Los miembros pueden usar la asignación de \$250 por trimestre para pagar gastos de servicios públicos aprobados por el plan o para comprar alimentos saludables o artículos de venta libre (OTC) en ubicaciones minoristas seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. Las asignaciones que no se utilicen vencen al finalizar el trimestre. Se aplican tarifas y restricciones del plan. Los no miembros de SSBCI reciben una asignación combinada de \$50 por trimestre para artículos de venta libre (OTC) y la seguridad en el hogar/baño. Los miembros pueden usar la asignación de \$50 por trimestre para pagar gastos aprobados por el plan para artículos de venta libre (OTC) en tiendas minoristas

Highmark Health Options Duals Select (HMO SNP)

seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. Las asignaciones que no se utilicen vencen al finalizar el trimestre. Se aplican tarifas y restricciones del plan.

Equipo médico duradero*

20% coseguro

Requisitos de elegibilidad

- Debe tener las Partes A y B de Medicare
- Debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorro de Medicaid que ofrece Medicaid para personas con recursos e ingresos limitados incluidos QMB, SLMB y QI.
- Debe vivir dentro de nuestra área de servicio

Formulario

Cubierto

DEFINICIONES DE LOS PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE:

(FBDE) Personas con doble elegibilidad con beneficios completos: Una persona tiene necesidades médicas o se encuentra en ciertos niveles de ingresos especiales para personas institucionalizadas o con exenciones en el hogar y la comunidad.

(QMB+) Beneficiario calificado de Medicare Plus: Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Las personas con QMB+ también tienen “beneficios completos de Medicaid”.

(QMB) Beneficiario calificado de Medicare: Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

(SLMB+) Beneficiario específico con bajos ingresos de Medicare Plus: Ayuda a pagar la prima de la Parte B, así como todos los “beneficios completos de Medicaid”.

(SLMB) Beneficiario específico con bajos ingresos de Medicare: Ayuda a pagar la prima de la Parte B.

(QI) Persona que califica: Ayuda a pagar la prima de la Parte B, pero está limitada por orden de llegada.

*Indica un servicio que requiere autorización previa.

**Indica un servicio que requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia.

ASC¹=Centro de Cirugía Ambulatoria

†Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes.

Highmark Health Options Duals Select (HMO SNP)	
MEDICAMENTO	Deducible
	\$615 Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional [Extra Help]), usted no paga un deducible.
	Cobertura inicial
	Usted pagará sus copagos asignados de LIS por medicamentos genéricos y de marca. - Nivel 3 de LIS (atención institucionalizada/en el hogar): \$0 copagos medicamentos genéricos y medicamentos de marca - Nivel 2 de LIS (no institucionalizado): \$1.60 medicamentos genéricos/\$4.90 medicamentos de marca - Nivel 3 de LIS (Otra opción): \$5.10 medicamentos genéricos/\$12.65 medicamentos de marca
	Cobertura catastrófica
	Una vez que sus gastos de bolsillo anuales acumulados para los medicamentos cubiertos (medicamentos de la Parte D) alcancen los \$2,100 , entrará en la Etapa de cobertura catastrófica. En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-401-8251 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes para obtener más información.

TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc. TruHearing es una empresa independiente que administra el examen de audición de rutina y el beneficio de audífonos.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.



Highmark BCBSD Inc. que opera bajo el nombre de Highmark Blue Cross Blue Shield es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. Highmark Blue Cross Blue Shield ofrece Highmark Health Options Duals.

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

Delaware

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Del 1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Los beneficios adjuntos están cubiertos por Medicaid. Su plan de Medicare paga sus servicios primero y luego lo hace Medicaid. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, Medicaid puede proporcionar cobertura.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame al Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania al **1-800-996-9969** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), o visite su sitio web en **assist.dhss.delaware.gov**.

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Pruebas de alergia	Con cobertura
Servicios de ambulancia	Con cobertura
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención ambulatoria	Con cobertura
Salud conductual (salud mental) y tratamiento por consumo de sustancias, atención para pacientes hospitalizados	Con cobertura
Hemoderivados y plasma	Con cobertura
Examen de densidad ósea	Con cobertura
Examen de detección de cáncer	Cubierto con limitaciones
Gestión de la atención médica y servicios de coordinación de la atención médica	Con cobertura
Quimioterapia y radiación	Con cobertura
Atención quiropráctica	Cubierto con limitaciones
Atención dental	Cubierto con limitaciones
Cuidado de la diabetes	Con cobertura
Diálisis	Con cobertura

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Atención de una doula	Con cobertura
Equipo médico duradero y suministros	Con cobertura
Atención del Departamento de Emergencias	Con cobertura
Examen de la visión, visita de rutina	Con cobertura
Examen de la visión, visita por enfermedad	Cubierto con limitaciones
Anteojos y lentes de contacto	Cubierto con limitaciones
Servicios de planificación familiar	Cubierto con limitaciones
Centros de salud calificados a nivel federal	Con cobertura
Análisis genéticos	Con cobertura
Examen de detección de glaucoma	Con cobertura
Visita ginecológica	Con cobertura
Audífonos y baterías	Con cobertura
Exámenes de audición	Con cobertura
Análisis de VIH/sida	Con cobertura
Atención médica domiciliaria	Con cobertura

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Atención de hospicio	Con cobertura
Atención hospitalaria	Covered
Servicios de diagnóstico por imágenes	Con cobertura
Terapia de infusión	Con cobertura
Servicios de laboratorio	Con cobertura
Servicios y apoyos a largo plazo	Cubierto con limitaciones
Atención de maternidad	Con cobertura
Transporte médico que no es de emergencia	Con cobertura
Atención en un hogar de ancianos	Con cobertura
Observación	Con cobertura
Consultas médicas en línea	Con cobertura
Tratamiento para la adicción a los opioides	Con cobertura
Trasplante de órganos	Con cobertura
Calzado ortopédico	Con cobertura*
Cirugía para pacientes ambulatorios	Con cobertura
Control del dolor	Con cobertura
Cuidado personal	Con cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Con cobertura

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Atención de podología	Con cobertura
Medicamentos recetados	Con cobertura
Visitas a un proveedor de atención primaria	Con cobertura
Servicio privado de enfermería	Cubierto con limitaciones
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Con cobertura*
Atención de relevo (pediátrica)	Cubierto con limitaciones
Centros de bienestar escolares	Con cobertura
Segunda opinión	Con cobertura
Cuidados personales autogestionados	Cubierto con limitaciones
Centro de enfermería especializada	Cubierto con limitaciones
Estudio de apnea del sueño	Con cobertura
Visitas al especialista	Con cobertura
Ayuda para dejar de fumar	Con cobertura
Cirugía	Con cobertura
Atención de urgencia/atención en clínicas sin cita previa	Con cobertura
Visitas de control del bebé y del niño sano, vacunas	Cubierto con limitaciones
Alquiler de sillas de ruedas	Cubierto con limitaciones

* requiere autorización previa si el costo es superior a \$500.



Highmark Health Options Duals cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual. Highmark Health Options Duals no excluye a las personas ni les trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Health Options Duals brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información en formatos diferentes, como por ejemplo, letra grande, audio y braille.

Highmark Health Options Duals brinda servicios gratuitos de idioma a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si considera que Highmark Health Options Duals no ha cumplido en brindar estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja a Highmark Health Options Duals o a la División de Derechos Humanos y Civiles de Delaware, por correo postal, teléfono o formulario en el sitio web.

Highmark Health Options Duals
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0416
1-855-401-8251

Division of Human and Civil Rights
861 Silver Lake Blvd., Suite 145
Dover, DE 19904
302-739-4567
hho.fyi/ea-intake

Si necesita ayuda para presentar una queja, Highmark Health Options Duals y la División de Derechos Humanos y Civiles están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea en OCRPortal.hhs.gov, y por correo postal, teléfono o correo electrónico:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
HHH Building Room 509F
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
OCRMail@hhs.gov

Una versión imprimible del formulario de queja está disponible en hho.fyi/complaint-form.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) si necesita ayuda.

ATTENTION: If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711) for help.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlke gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo ki sou do Kat ID w lan (TTY: 711) pou jwenn èd.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи). Для получения помощи позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili. Per assistenza, chiami il numero riportato sul retro della Sua tessera di identificazione (TTY: 711).

ATTENTION : si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711) pour obtenir de l'aide.

ÀKÍYÈSÌ: Tí o bá nsọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ itumọ ati ògbufọ èdè wà ní àrọwọtọ lófẹ́fẹ́ fún ọ. Àwọn iṣẹ itọ́jú ati irànlọ́wọ́ tó yẹ (bíi titẹwé nla, gbígbo ohùn, ati iwé afọ́jú) lati pèsè iwífúnni ní àwọn ọ̀na irááyè si wà pẹ̀lu lófẹ́fẹ́. Pẹ nọmba tó wà lẹhin kaádí idánímọ rẹ (TTY: 711) fún irànlọ́wọ́.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פריי פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזויין גרויסע דרוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן זענען אויך דא צו באקומען פריי פון אפצאל. רופט דעם נומער אויף די אנדערע זייט פון אייער אידענטיטעט קארטל (TTY: 711) פאר הילף.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجانًا. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها من دون أي تكلفة. اتصل على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك (TTY: 711) للحصول على المساعدة.

注意：如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。如需帮助，请拨打您的 ID 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેઇલ) પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. મદદ માટે તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર (TTY: 711) પર કોલ કરો.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711) để được trợ giúp.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई नि:शुल्क भाषा अनुवाद र दोभासे सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक प्रविधि र सेवाहरू (जस्तै ठूलो प्रिन्ट, अडियो र ब्रेल) पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको लागि तपाईंको ID कार्डको पछाडिको नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY: 711)।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। सहायता के लिए अपने पहचान कार्ड के पीछे लिखे नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 711).