



West Virginia

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:

Cabell, Clay, Doddridge, Fayette, Greenbrier, Hardy, Kanawha, Lincoln, Marshall, Mason, McDowell, Mingo, Nicholas, Ohio, Putnam, Raleigh, Wayne, Wood

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-wv/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 **1-833-957-0025** (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.

	Highmark Health Options Duals (HMO SNP)
Prima	\$0
Deducible	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,250
Hospitalización*	\$0 copago por admisión IN
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios*	ASC ¹ : 0% coseguro Centro: 0% coseguro
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago Especialista: \$0 copago
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad
Sala de emergencia	\$0 copago
Servicios requeridos urgentemente	\$0 copago
Laboratorio* y pruebas de diagnóstico*	Consultorio/Laboratorio: \$0 coseguro; Paciente ambulatorio: \$0
Radiografías*/ Diagnóstico por imágenes avanzadas*	Radiografía: \$0 copago Imágenes avanzadas: \$0 copago
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$0 copago. Rutina: \$0 copago (1 por año). TruHearing Advanced: \$0 copago (2 audífonos cada 3 años)
Servicios dentales	Cubierto por Medicare: \$0 copago.* Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (1 cada seis meses). Radiografías de rutina: \$0 copago (1 cada seis meses). Integral/Preventivo: 0% coseguro con un máximo de \$2,500 (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$0 copago Rutina: \$0 copago por un examen de la vista de rutina por año calendario. Asignación de \$200 para la compra de marcos para anteojos/lentes o lentes de contacto. \$0 copago para lentes estándar.
Servicios de salud mental	Paciente internado: \$0 copago por admisión*; Paciente ambulatorio: \$0 copago
Centro de enfermería especializada*	\$0 copago/día (días 1-20), \$0 copago/día (días 21-100)
Fisioterapia*	\$0 copago
Ambulancia (por viaje de ida)*	Emergencia/No emergencia: \$0 copago
Transporte	Usted paga \$0 copago. Hasta 24 viajes de ida relacionados con la salud de hasta 60 millas de radio.
Medicamentos de Medicare Parte B*†	\$35 por la insulina de Medicare Parte B. 20% coseguro. Como está inscrito en un plan DSNP (Medicare) y Medicaid, su cobertura secundaria, Medicaid, cubre el 20% coseguro. Proporcionar a su farmacia los números de identificación de Medicare y Medicaid le ayudará a garantizar los costos de bolsillo más bajos.
OTC	Incluido en la asignación de Flex Card
Flex Card	El miembro de SSBCI recibe una asignación combinada de \$235 por mes para artículos de venta libre (OTC), seguridad en el hogar/baño, alimentos (SSBCI), servicios públicos (SSBCI) y gasolina de pago en el surtidor (SSBCI). Los miembros pueden usar la asignación de \$235 por mes 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. La gasolina de pago en el surtidor requiere un saldo de tarjeta de al menos \$50 y se realizará una retención en la tarjeta hasta que se liquide el pago. Los miembros no pueden

Highmark Health Options Duals (HMO SNP)

pagar la gasolina dentro de una tienda. Las asignaciones que no se utilicen vencen a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan. Los no miembros de SSBCI reciben una asignación combinada de \$50 por mes para artículos de venta libre (OTC) y la seguridad en el hogar/baño. Los miembros pueden usar la asignación de \$50 por mes para pagar gastos aprobados por el plan para artículos de venta libre (OTC) en tiendas 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 a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan.

Equipo médico duradero*

0% copago

Requisitos de elegibilidad

- Debe tener las Partes A y B de Medicare
- Debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorro de Medicare que ofrece Medicaid para personas con recursos e ingresos limitados: FDBE, QMB+, SLMB+ o QMB
- 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 (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 1-844-278-8453 (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 Health Options West Virginia Inc. que opera bajo el nombre de Highmark Blue Cross Blue Shield es un licenciario 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.

West Virginia

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

Los beneficios adjuntos están cubiertos por Medicaid. Sus servicios son pagados primero por su plan de Medicare y luego por Medicaid. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, Medicaid podría brindarle cobertura.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a West Virginia Bureau for Medical Services al **1-304-558-1700** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-957-0025**) o visite su sitio web en **dhhr.wv.gov/bms/**.

Beneficios de Medicaid

Información para personas con Medicare y Medicaid. Sus servicios son pagados primero por Medicare y luego por Medicaid.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Puede consultar qué cubre West Virginia Bureau for Medical Services y qué cubre nuestro plan. La cobertura de los beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o un beneficio se ha agotado, Medicaid puede ayudarle, pero podría tener que pagar un costo compartido. En algunos casos, Medicaid puede pagar el monto de su costo compartido de Medicare. Consulte su Manual del Miembro de Medicaid para obtener más información. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a West Virginia Bureau for Medical Services al **1-304-558-1700**.

Beneficios	Seguro de Medicaid	Highmark Health Options Duals
Atención hospitalaria para pacientes internados	Cubierto	Cubierto
Visitas al consultorio médico	Cubierto	Cubierto
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia	Cubierto	Cubierto
Servicios urgentemente necesarios	Cubierto	Cubierto
Laboratorio de Pruebas Diagnósticas y Servicios de radiología y rayos X	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto
Servicios de visión	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (cee)	Cubierto	Cubierto
Ambulancia	Cubierto	Cubierto
Transporte (de rutina)	Cubierto	Cubierto
Beneficios de medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto
Atención quiropráctica	Cubierto	Cubierto con limitaciones
Suministros y servicios para la diabetes	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto
Cuidado de los pies	Cubierto	Cubierto

Benefits	Seguro de Medicaid	Highmark Health Options Duals
Atención médica domiciliaria	Cubierto	Cubierto
Hospicio	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto
Dispositivos protésicos	Cubierto	Cubierto



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

Highmark Health Options Duals proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
- Información escrita de una manera diferente, incluyendo letra grande, audio y Braille.

Highmark Health Options Duals proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Highmark Health Options Duals al 1-833-957-0025 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Si cree que Highmark Health Options Duals no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Highmark Health Options Duals o la Comisión de Derechos Humanos de WV por correo, teléfono o fax.

Highmark Health Options Duals
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0416
1-855-430-9852 (TTY: 711)
Fax: 1-833-560-1828

WV Human Rights Commission
1321 Plaza East, Room 108A
Charleston, WV 25301
304-558-2616
Fax: 304-558-0085
hho.fyi/wv-hrc

Si necesita ayuda para presentar una queja, Highmark Health Options Duals y la Comisión de Derechos Humanos de WV están disponibles para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 para imprimir del formulario de queja está disponible en hho.fyi/complaint-form.

Highmark Health Options West Virginia Inc., que opera bajo el nombre comercial de Highmark Blue Cross Blue Shield, es licenciataria independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield. Highmark Health Options Duals es ofrecido por Highmark Blue Cross Blue Shield. Highmark Health Options Duals ofrece planes HMO con contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

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 aladispizyon 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.

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsò èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìtumọ́ àti ògbufọ́ èdè wà ní àrọwọ́tọ́ lófẹ́fẹ́ fún ọ. Àwọn iṣẹ́ ìtọ́jù àti ìrànłọwọ́ tó yẹ (bíi títẹ́wé nla, gbígbo ohùn, àti iwé afọ́jú) láti pèsè iwífúnni ní àwọn ọ̀nà irááyè sí wà pẹ̀lú lófẹ́fẹ́. Pẹ̀ nọmba tó wà lẹhin kaádí idánimọ́ rẹ́ (TTY: 711) fún ìrànłọwọ́.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פריי פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזויווי 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، فستتوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجاناً. تتوفر أيضاً 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 ઇન્ટરપ્રેટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે ચોક્કસ 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).