

2024



Aviso anual de cambios

Centers Plan for Nursing Home
Care (HMO I-SNP)



Resumen de beneficios para 2024

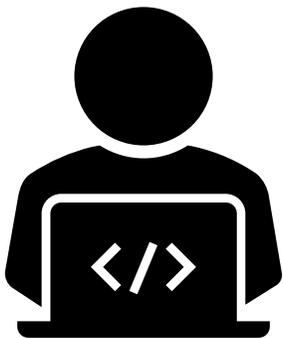
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

1 de Enero de 2024 - 31 de Diciembre de 2024

H6988, Plan 003

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en el Estado de New York:

<u>Buffalo</u> Condados de Erie y Niagara	<u>Hudson Valley</u> Condados de Rockland y Westchester	<u>Long Island</u> Condados de Nassau y Niagara	<u>Ciudad de New York</u> Condados de Bronx, Kings (Brooklyn), New York (Manhattan), Queens y Richmond (Staten Island)
--	--	--	---



Puede contactar a **Servicios al Miembro** por:

TELÉFONO	1-877-940-9330 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.
SITIO WEB	www.centersplan.com/isnp
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@centersplan.com
CORREO	Centers Plan for Healthy Living 75 Vanderbilt Avenue, 7 th Floor Staten Island, NY 10304

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea esta información en letra grande, braille o español.

Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para personas que no hablen inglés.

Comuníquese con Servicios para Miembros si desea esta información en letra grande, braille o español.

Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.



H6988-003_CY24SB_M

EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD



Cuando en este folleto lea “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan,” se refiere a **Centers Plan for Nursing Home Care**.



Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Nursing Home Care está sujeta a la renovación del contrato.



Este es un resumen de los servicios de salud que cubre nuestro plan. La información de beneficios provista no enumera todos los servicios que cubrimos, limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la *Evidencia de cobertura*, o acceda a ella en línea en www.centersplan.com/isnp.



Centers Plan for Nursing Home Care tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no estén en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios. Puede consultar los *Directorios de proveedores/farmacias* y *Evidencia de cobertura* de nuestro plan en www.centersplan.com/isnp. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del directorio.



Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios que usted recibe. Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que necesite una remisión y/o autorización para obtener algunos tipos de atención.



Puede consultar los *directorios de proveedores y farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web en www.centersplan.com/isnp. Comuníquese con nosotros para solicitar copias impresas de los directorios.



Para información sobre las coberturas y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea en 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.

ELEGIBILIDAD

Centers Plan for Nursing Home Care es un “Plan para Necesidades Especiales” o “SNP” de Medicare Advantage, lo que significa que sus beneficios, proveedores y formularios de medicamentos están diseñados para satisfacer mejor las necesidades de personas con afecciones o características médicas específicas.

Nuestro plan está diseñado específicamente para personas que viven en un hogar de reposo que tiene un contrato con Centers Plan for Nursing Home Care.

Para unirse a **Centers Plan for Nursing Home Care**, usted debe:

- Estar inscrito en las Partes A (seguro hospitalario), B (seguro médico) y D (seguro de medicamentos recetados) de Medicare.
- Vivir en un hogar de reposo que tenga un **contrato con** Centers Plan for Nursing Home Care, **y** estar ubicado en nuestra área de servicio: Condados de Bronx, Erie, Kings, Nassau, New York, Niagara, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester

PRIMAS Y DEDUCIBLES

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS). Los copagos de sus medicamentos recetados en nuestro plan ya incluyen la cantidad de Ayuda Adicional para la que califica. Para más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Estas llamadas son gratuitas.

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Prima del plan	La prima es la cantidad que se debe pagar por su seguro o plan de salud. Usted y/o su empleador generalmente la pagan mensual, trimestral o anualmente.	\$0 al mes para sus primas médicas (Parte C), y \$48.70 al mes para primas de medicamentos recetados (Parte D)	Debe continuar pagando su cuota de Medicare Parte B, excepto que esta cuota sea cubierta por Medicaid o algún tercero.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Deducible	El deducible es el monto que paga durante un período de cobertura por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar.	<p>\$240 por año para su deducible médico (Parte B)</p> <p>\$1,632 por período de beneficios para servicios hospitalarios como paciente hospitalizado</p> <p>\$1,632 por período de beneficios para servicios psiquiátricos hospitalarios como paciente hospitalizado</p> <p>\$545 por año para su deducible de medicamentos recetados (Parte D)</p>	Un periodo de beneficios comienza el día en que es hospitalizado y termina cuando no haya recibido ninguna atención médica de hospitalización durante 60 días consecutivos.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Responsabilidad máxima de gasto de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Después de alcanzar este límite, el plan generalmente pagará el 100 % del monto permitido. Este límite lo ayuda a planificar los costos de atención médica.	No más de \$8,850 anualmente	Su límite de gastos de bolsillo no incluye los montos que paga por la prima de su plan ni los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR MEDICARE Y SUS COSTOS

Tenga en cuenta que los servicios marcados con un * son beneficios complementarios cubiertos por nuestro plan.

Si necesita cuidado hospitalario

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura de hospitalización	Por cada período de beneficios ¹ , usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 • \$0 por los días 1 al 60 • \$408 por los días 61 al 90 • \$816 por cada uno de los 60 días de reserva vitalicia • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos 	Se requiere autorización

¹ Un período de beneficios comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita cuidado hospitalario (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios, incluyendo Servicios de observación	Coaseguro del 20 %	La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Se exonera el deducible de tres (3) pintas. Se requiere autorización
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgery Center, ASC)	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización

Si necesita consultar a un médico

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Consultas con Proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	
Consulta con un especialista	Coaseguro del 20 % por visita	

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita consultar a un médico (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención preventiva, como exámenes de detección, vacunas y consultas de bienestar	\$0	<p>Es posible que se requiera autorización y/o remisión para algunos servicios de atención preventiva.</p> <p>Mensaje importante sobre el pago por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.</p>

Si necesita atención médica de inmediato

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención de emergencia	Coaseguro del 20 % por visita hasta un máximo de \$90	<p>Si está internado en el hospital dentro de las 24 horas después de presentarse la emergencia, se exonera el copago.</p> <p>Los servicios de atención de emergencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto bajo circunstancias limitadas.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita atención médica de inmediato (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios requeridos con urgencia	Coaseguro del 20 % por visita hasta un máximo de \$55	Si es admitido en el hospital dentro de las siguientes 24 horas con la misma condición, se exonera el coaseguro. Los servicios requeridos con urgencia están únicamente cubiertos en de los Estados Unidos y sus territorios.

Si necesita exámenes médicos

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Servicios de laboratorio	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Radiología de diagnóstico, tales como IRM y TC	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación contra el cáncer	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Radiografías	Coaseguro del 20 %	

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita servicios de audición / audiológicos

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de audición (Audiencia diagnóstica y evaluaciones de saldo)	\$0	
Examen auditivo de rutina*	\$0	Cubrimos un examen auditivo de rutina al año.
Evaluación/Ajuste de aparato auditivo*	\$0	Cubrimos un ajuste/evaluación de aparatos auditivos cada tres (3) años
Aparatos auditivos*	\$0	Pagamos hasta \$1,000, por oído, cada tres (3) años para aparatos auditivos.

Si necesita atención odontológica

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios odontológicos de la Parte A de Medicare	Coaseguro del 20 %	Al igual que la Parte A de Medicare (seguro de hospital), cubrimos ciertos servicios odontológicos que recibe cuando está en un hospital y estadías en el hospital si necesita someterse a procedimientos odontológicos complicados o de emergencia.

Si necesita atención odontológica (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios odontológicos preventivos*	\$0	Cubrimos cada servicio a continuación una vez al año: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza dental (profilaxis) • Radiografías odontológicas Exámenes bucales

Si necesita atención oftalmológica

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de salud ocular de la Parte B de Medicare	\$0	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos ciertos exámenes y tratamientos para condiciones específicas.
Anteojos para condiciones específicas	\$0	Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que implanta una lente intraocular.

Si necesita servicios de salud mental

Servicios que puede necesitar	Costo que usted por proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	Por cada período de beneficios ² , usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 • \$0 por los días 1 al 60 • \$408 por los días 61 al 90 • \$816 por cada uno de los 60 días de reserva vitalicia • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos • Coaseguro de 20% por servicios de salud mental que reciba de médicos y otros proveedores de atención médica mientras está hospitalizado 	Se requiere autorización

² Un periodo de beneficio comienza el día en que es hospitalizado y termina cuando no haya recibido ninguna atención médica de hospitalización durante 60 días consecutivos.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita servicios de salud mental (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted por proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Terapia para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20 % por sesión individual o grupal	Se requiere remisión para los servicios psiquiátricos

Si necesita servicios de rehabilitación o terapéuticos

Servicios que puede necesitar	Costo que usted por proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cuidado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0	Cubrimos hasta 100 días en un SNF. No se requiere una estadía calificada de 3 días en un hospital.
Fisioterapia, terapia ocupacional y/o del habla	\$0	

Si necesita transporte

Servicios que puede necesitar	Costo que usted por proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Ambulancia	Coaseguro del 20 % por viaje	Si usted es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar su parte del costo por los servicios de ambulancia. Se requiere autorización para los servicios que no son de emergencia.
Transporte de rutina*	Usted paga \$0 por 4 viajes de ida por mes a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico.	Se requiere autorización

Si necesita medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (es decir, medicamentos que obtendría en el consultorio de un médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted por proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Medicamentos de la parte B de Medicare	<p>Usted paga un coaseguro del 0 % al 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina de la Parte B cubierto por nuestro plan.</p>	<p>Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios bajo ciertas condiciones, como los que obtiene en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>

ETAPAS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y SUS COSTOS

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Deducible (Etapa 1)	El deducible es el monto que paga durante un período de cobertura (generalmente un año) por los medicamentos recetados antes de que su plan comience a pagar.	Su deducible de medicamentos recetados (Parte D) es de \$545 por año. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya gastado \$545 en medicamentos recetados.	El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Fase de cobertura inicial (Etapa 2)	La Fase de Cobertura Inicial es la etapa que comienza cuando obtiene su primera receta y finaliza cuando los costos totales de medicamentos recetados del año hasta la fecha alcanzan el umbral de la fase.	Durante esta etapa, por los medicamentos recetados, usted paga un copago de \$0, \$1.55, \$4.50 o no más del 25 % de coaseguro por receta. Por todos los demás medicamentos, usted paga un copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado.	Permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos desde el comienzo del año hasta la fecha (costos que paga tanto usted como nuestro plan) alcancen un total de \$5,030. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Fase de cobertura inicial (Etapa 2) (cont.)		Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto	
Brecha en la cobertura (Etapa 3)	La Brecha en la cobertura es un período de tiempo en el que paga un costo compartido más alto por los medicamentos recetados hasta que gasta lo suficiente para calificar para la Cobertura catastrófica. La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamada "el agujero de la rosquilla").	Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio por medicamentos de marca además de una parte de la cuota de surtido y el 25 % del precio de medicamentos genéricos.	Para los medicamentos de marca, lo que usted paga y lo que paga el fabricante contarán para su gasto de bolsillo. En el caso de los medicamentos genéricos, solo el monto que pague contará para salir de la brecha en la cobertura. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Brecha en la cobertura (Etapa 3) (cont.)			Medicare ha establecido este monto y las normas para contar los costos hacia este monto.
Cobertura catastrófica (Etapa 4)	La Cobertura catastrófica es una fase diseñada para protegerlo de tener que pagar costos de bolsillo muy altos por medicamentos recetados. Por lo general, comienza después de que haya gastado una cantidad predeterminada en su atención médica.	Durante esta etapa, pagaremos el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted ingresa a esta etapa cuando sus costos de bolsillo totales del año hasta la fecha superan los \$8,000.

SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES Y SUS COSTOS

Si necesita servicios adicionales

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Acupuntura para dolor lumbar crónico	Coaseguro del 20% por consulta hasta un máximo de 12 consultas en 90 días para el dolor lumbar crónico. Medicare cubre 8 consultas adicionales si se demuestra que se logró una mejoría, con un límite anual de 20 consultas.	La acupuntura cubierta por Medicare solo está cubierta en determinadas circunstancias. Se requiere autorización para las consultas 13 a 20
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Coaseguro del 20 %	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización
Atención quiropráctica	Coaseguro del 20 % por la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación, que es cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. Requieren autorización y remisión

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Los insumos y servicios para la diabetes	Coaseguro del 20 %	<p>Cubrimos los suministros para diabéticos y los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted usa insulina, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días. • Si usted no usa insulina, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días. • Los insumos y servicios para la diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care.
Capacitación de autocontrol de la diabetes	\$0	Se requiere autorización
Diálisis	Coaseguro del 20 %	
Equipo médico duradero (DME)	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Hospicio	\$0	<p>La cobertura de cuidados paliativos está cubierta fuera de nuestro plan.</p> <p>Usted no debe pagar nada por la atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y por asistencia de relevo.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro para conocer más detalles.</p>
Servicios de educación para enfermedad renal	\$0	Se requiere autorización
Servicios para el tratamiento por uso de opiáceos	\$0	Se requiere autorización
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Coaseguro del 20 % por sesión individual o grupal	Se requiere autorización

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de podología	Coaseguro del 20 % para los servicios de podología cubiertos por Medicare.	
	Coaseguro del 20 % hasta 2 visitas de rutina para el cuidado de los pies* cada tres meses.	
Aparatos protésicos, tales como aparatos ortopédicos y miembros artificiales	Coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, TES) por enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, EAP) sintomática.	\$0	Se requiere autorización

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

English	<p>We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.</p>
Albanian	<p>Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.</p>
Arabic	<p>لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.</p>
Bengali	<p>আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।</p>
Chinese	<p>我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。</p>

French	<p>Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.</p>
French Creole	<p>Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.</p>
German	<p>Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.</p>
Greek	<p>Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.</p>
Hindi	<p>हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।</p>

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Aviso de no Discriminación

La discriminación está prohibida por la ley

Centers Plan for Healthy Living, LLC cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Centers Plan for Healthy Living, LLC no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

- Servicios y asistencia gratuitos a personas con discapacidades que les impidan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, contacte a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Centers Plan for Healthy Living, LLC no ha prestado estos servicios o lo(a) discriminó de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones:

Por correo: Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304- 2604

Por teléfono: 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Por fax: 1-347-505-7089

Por correo electrónico: GandA@centersplan.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios al Miembro/Participante está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correspondencia o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

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



Para obtener más información o para inscribirse
Llame al 1-877-940-9330 (sin costo)

Los usuarios con TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/isnp