2023

CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING

Resumen de beneficios

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

H6988_002_2023_SB_1099_M File and Use 09/25/2022

Resumen de beneficios para 2023

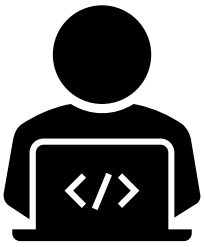
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

1 de Enero de 2023 - 31 de Diciembre de 2023

H6988, Plan 002

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

Hudson Valley	Long Island	Ciudad de New York
Condado de Rockland	Condado de Nassau	Condados de Bronx, Kings (Brooklyn), New York (Manhattan), Queens y Richmond (Staten Island)



Puede contactar a **Servicios para Miembros** por:	
TELÉFONO	1-877-940-9330 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
SITIO WEB	www.centersplan.com/dsnp
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@centersplan.com
CORREO	Centers Plan for Healthy Living, LLC 75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor Staten Island, NY 10304

Please contact Member Services if you would like this information in large print, braille, or Spanish. Member Services also has free language interpretation services available for people who do not speak English.

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.

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 Dual Coverage Care.**
❗	**Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)** es una HMO con un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en este plan depende de 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, las limitaciones o las exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros 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/dsnp.
❗	Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios que usted reciba. 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 o una autorización para obtener algunos tipos de atención.
❗	Los directorios de proveedores y farmacias del plan están disponibles en nuestro sitio de internet en www.centersplan.com/dsnp. Comuníquese con nosotros para solicitar copias impresas de los directorios.
❗	Para información sobre la cobertura 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 Dual Coverage 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.

El programa Medicaid de New York provee cobertura médica a los neoyorquinos de bajos ingresos de New York. Medicaid paga una amplia gama de servicios, según su edad, recursos financieros, situación familiar y condiciones de vivienda.

Centers Plan for Dual Coverage Care atiende a personas que tienen derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de Medicaid del estado de New York.

Para unirse a **Centers Plan for Dual Coverage Care**, usted debe:

- Estar inscrito en las siguientes Partes de Medicare:
  A (seguro de hospital),
  B (seguro médico), y
  D (seguro de medicamentos recetados);

- Ser elegible para el programa Medicaid del Estado de New York O para Medicare y la asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid; y

- Vivir dentro de nuestra área de servicio: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Rockland.

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 el programa Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina del 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 plan o seguro médico. Usted y/o su empleador generalmente la pagan mensual, trimestral o anualmente.	**$38.90** al mes por sus primas médicas (Parte C) y de medicamentos recetados (Parte D) combinadas	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la cubra Medicaid o un tercero).

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 (generalmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar.	**$0 o $226** por año por su deducible médico (Parte C) **$0, $104 o $505** por año por su deducible de medicamentos recetados (Parte D) (dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional) **$1,600** por período de beneficios por servicios hospitalarios como paciente hospitalizado **$1,600** por período de beneficios por servicios psiquiátricos hospitalarios como paciente hospitalizado	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional o asistencia de Medicaid. 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.

Término del seguro médico	**Definición**	**Sus costos**	**Limitaciones, excepciones y otra información**
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)	El límite de gastos de bolsillo (también conocido como MOOP) 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 **$7,550** anualmente	Su límite de gastos de bolsillo no incluye los costos de 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	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura de hospitalización	Por cada período de beneficios[1], usted paga: • Deducible de $1,600 • Copago de $0 por día, desde el día 1 hasta el día 60 • Copago de $400 por día, desde el día 61 hasta el día 90 • Copago de $800 por día, para 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.

Si necesita cuidado hospitalario (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios, incluyendo servicios de observación	$0 o 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 (ASC)	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**

Si necesita consultar a un médico

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Consulta con su proveedor de atención primaria (PCP)	$0 o coaseguro del 20 % por consulta	
Consulta con un especialista	$0 o coaseguro del 20 % por consulta	

Si necesita consultar a un médico (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención preventiva, como exámenes de detección, vacunas y consultas de bienestar	$0	**Es posible que se requiera autorización y/o remisión** para algunos servicios de atención preventiva. **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si necesita atención médica de inmediato

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención de emergencia	$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de $90 por la atención recibida en los Estados Unidos	Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por los cuidados de emergencia. Tiene cobertura de atención de emergencia a nivel mundial. Consulte la sección a continuación.

Si necesita atención médica de inmediato (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios requeridos con urgencia	$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de $60	Si usted es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por los servicios requeridos con urgencia. Los servicios requeridos con urgencia están únicamente cubiertos en los Estados Unidos y sus territorios.

Si necesita exámenes médicos

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	$0 o coaseguro del 20 %	
Servicios de laboratorio	$0	
Radiología de diagnóstico, tales como imágenes por resonancia magnética y tomografías computarizadas	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**

Si necesita exámenes médicos (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación contra el cáncer	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**
Radiografías	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**

Si necesita servicios de audición / audiológicos

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico	$0 o coaseguro del 20 %	
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 $700, por oído, cada tres (3) años para aparatos auditivos.

Si necesita atención odontológica

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de 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.
Servicios odontológicos preventivos*	$0	Cubrimos cada servicio una vez cada seis meses: • Limpieza dental (profilaxis) • Radiografías odontológicas • Tratamiento de fluoruro Examen bucal
Servicios odontológicos integrales*	$0	Los servicios odontológicos integrales están limitados a $2,000 por año. Cubrimos: • Coronas y postes (una vez cada 60 meses por diente) • Dentadura postiza (una vez cada 36 meses) • Reparaciones de dentadura postiza (una vez cada 12 meses) • Endodoncia, como tratamiento de canal radicular (una vez de por vida por diente)

Si necesita atención odontológica (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios odontológicos integrales* (continuación)		• Extracciones (una de por vida por diente) • Rellenos (una vez cada 24 meses por diente) • Gingivectomías (una vez cada 36 meses por cuadrante) • Guardas oclusales, tales como guardas nocturnas (una cada 12 meses) • Mantenimiento periodontal (una vez cada seis meses) • Servicios de prostodoncia (uno cada 36 meses por arco) • Raspado (una vez cada seis meses por cuadrante)

Si necesita atención oftalmológica

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Examen oftalmológico de rutina*	$0	Cubrimos un examen oftalmológico de rutina al año.
Anteojos*	Cualquier costo por anteojos por encima de $200 por año	Cubrimos hasta $200 por año para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto. Los anteojos están limitados a un par de anteojos (lentes y monturas) por año.
Servicios de salud ocular de la Parte B de Medicare	$0 o coaseguro del 20 %	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	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Por cada período de beneficios[2], usted paga: • Deducible de $1,600 • Copago de $0 por día, desde el día 1 hasta el día 60 • Copago de $400 por día, desde el día 61 hasta el día 90 • Copago de $800 por día, para 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.**
Terapia para pacientes ambulatorios	$0 o coaseguro del 20 % por sesión individual o grupal	**Se requiere una remisión para consultas psiquiátricas.**

[2] 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.

Si necesita servicios de rehabilitación o terapéuticos

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por cada período de beneficios[3], usted paga: • $0 desde el día 1 al 20 • Copago de $200 por día, desde el día 21 hasta el día 100	Cubrimos hasta 100 días en un SNF. No se requiere una estadía previa en el hospital. **Se requiere autorización.**
Fisioterapia, terapia ocupacional y/o del habla	$0 o coaseguro del 20 % por consulta	**Se requiere autorización.**

[3] 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.

Si necesita transporte

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Ambulancia	$0 o 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	$0	Cubrimos 15 viajes de ida cada seis (6) meses a lugares 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	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Medicamentos de la parte B de Medicare	$0 o coaseguro del 20 %	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios bajo ciertas

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) (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
		condiciones, como los que obtiene en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios. **Se requiere autorización.**

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 $0, $104 o $505 por año. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya gastado $104 o $505 en medicamentos recetados.	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional o asistencia de Medicaid.

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Fase de cobertura inicial (Etapa 2)	La Fase de cobertura inicial es la etapa que comienza cuando surte 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, usted paga un copago de $0, $1.45 o $4.15, o no más del coaseguro del 25 % por receta por los medicamentos genéricos y un copago de $0, $4.30 o $10.35 o no más del coaseguro del 25 % por receta por todos los demás medicamentos.	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional o asistencia de Medicaid. 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 $7,400.

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Transición de cobertura (Etapa 3)	La Transición de cobertura es un período de tiempo en el que paga un costo compartido más alto por los medicamentos recetados hasta que gasta lo	No corresponde	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que alcance la Cobertura catastrófica.

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
	suficiente para calificar para la Cobertura catastrófica. La Transición de cobertura también se llama "el agujero de la rosquilla".		

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Cobertura catastrófica (Etapa 4)	La Cobertura catastrófica es una fase diseñada para protegerlo de tener que pagar costos de bolsillo muy altos por sus medicamentos recetados. Por lo general, comienza después de que haya gastado una cantidad predeterminada en su atención médica.	Durante esta etapa, usted paga un copago de $0 o $4.15 por los medicamentos genéricos/de marca tratados como genéricos y un copago de $0 o $10.35 por todos los demás medicamentos.	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional. Usted ingresa a esta etapa cuando sus costos de bolsillo totales del año hasta la fecha superan los $7,400.

SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES Y SUS COSTOS

Si necesita servicios adicionales

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Acupuntura para dolor lumbar crónico	$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de 12 consultas en 90 días por 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 y remisión.**
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	$0 o coaseguro del 20 %	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización.**
Atención quiropráctica	$0 o 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. **Se requiere autorización y remisión.**

Si necesita servicios adicionales (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Insumos y servicios para la diabetes	$0	Cubrimos los suministros para diabéticos y los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D: • 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	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**
Equipo médico duradero (DME)	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**

Si necesita servicios adicionales (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención médica a domicilio	$0	**Se requiere autorización.**
Hospicio	$0	Usted no paga nada por la atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y por la asistencia de relevo. **Se cubre el hospicio fuera de nuestro plan.** Comuníquese con Servicios para Miembros para conocer más detalles.
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	$0 o coaseguro del 20 % por sesión individual o grupal	**Se requiere autorización.**

Si necesita servicios adicionales (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Artículos de venta libre (OTC)	$0	Puede adquirir hasta $150 mensuales de artículos OTC elegibles con una tarjeta de débito de OTC. Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro. Visite www.centersplan.com/dsnp para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.
Servicios de podología	$0 o coaseguro del 20 % para los servicios de podología cubiertos por Medicare	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización y remisión.**
Servicios de podología - atención podológica de rutina*	Copago de $0 por consulta, hasta cuatro (4) consultas de podología de rutina al año	**Se requiere autorización y remisión.**
Aparatos protésicos, tales como aparatos ortopédicos y miembros artificiales	$0 o coaseguro del 20 %	**Se requiere autorización.**

Si necesita servicios adicionales (continuación)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por ver a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, TES) por enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, EAP) sintomática	$0	**Se requiere autorización.**
Cobertura internacional para casos de emergencia*	$0	El monto máximo de beneficios en la cobertura internacional es de $25,000.

SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR MEDICAID

Las personas con doble elegibilidad son personas que califican para Medicare y Medicaid. Como persona con doble elegibilidad, usted es elegible para beneficios del programa federal Medicare y del programa Medicaid del estado de New York. Los beneficios de Original Medicare y los beneficios suplementarios que recibe como miembro de este plan pueden encontrarse más arriba en este folleto.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe son determinados por el estado de New York y pueden variar en función de sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunas personas con doble elegibilidad no pagan ciertos costos de Medicare. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios a los que tiene derecho según el programa Medicaid del estado de New York, llame a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) al 1-888-692-6116. Si vive fuera de la ciudad de New York, llame a su distrito local.

Las categorías de beneficios de Medicaid y los tipos de asistencia proporcionada por nuestro plan son los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Individuo Calificado (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Calificados que Trabajan y Tienen una Discapacidad (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por Medicaid establecidos abajo puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención médica diurna para adultos	Medicaid provee cobertura
Atención médica diurna para adultos con SIDA	Medicaid provee cobertura
Servicios de ambulancia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Programa de vida asistida.	Medicaid provee cobertura
Servicios quiroprácticos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare (solo para QMB y QMB-Plus)
Gestión integral de casos de Medicaid	Medicaid provee cobertura
Atención odontológica	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios odontológicos cubiertos por Medicaid, entre ellos, atención preventiva necesaria, profilaxis y otra atención odontológica de rutina, servicios, insumos y prótesis odontológicas para aliviar afecciones graves a la salud. Servicios de cirugía dental ambulatoria o con hospitalización, sujetos a una autorización previa.
Exámenes de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio y de radiología	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)	Medicaid provee cobertura

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Atención de emergencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Enfermedad renal en etapa terminal	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Cuidado de los pies (servicios de podología)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare (solo para QMB y QMB-Plus)
Administración de casos del programa COBRA para pacientes con VIH	Medicaid provee cobertura
Hospicio	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Cuidados para el paciente hospitalizado, incluyendo servicios por abuso de sustancias y de rehabilitación	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Hasta 365 días por año (366 días para los años bisiestos)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (por un límite mayor a 190 días a lo largo de su vida)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidas admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental, por encima del límite de 190 días de por vida de Medicare.

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Servicios de salud mental	La cobertura de Medicaid de ciertos servicios de salud mental, inclusive: • Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica, • Tratamiento diurno, • Tratamiento diurno continuo, • Administración de casos para pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales y locales), • Hospitalizaciones parciales, • Tratamiento Asertivo en la Comunidad (Assertive Community Treatment, ACT), • Servicios personalizados de recuperación (Personalized recovery oriented services, PROS).
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTP, por sus siglas en inglés)	Medicaid provee cobertura

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Equipo médico duradero no cubierto por Medicare	Los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales y aparatos protésicos u ortopédicos que tengan las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principal y habitualmente para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y, por lo general, se ajustan, diseñan o adaptan para el uso de un individuo en particular. Debe ser solicitado por un médico. No exige como requisito previo estar imposibilitado para salir e incluye los equipos médicos duraderos que no pertenecen a Medicare que están cubiertos por Medicaid (ej.: silla para la ducha, barra de apoyo)
Servicios de salud en el hogar cubiertos fuera de Medicare	Cuidados intermitentes de enfermería calificada médicamente necesaria, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye los servicios de salud en el hogar que Medicare no cubre (por ejemplo, servicios del asistente de salud en el hogar con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables)

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Servicios oftalmológicos cubiertos fuera de Medicare	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios de optometristas, oftalmólogos y distribuidores oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto necesarios por razones médicas y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de fábrica o hechos a medida) y ayudas y servicios para personas con un bajo nivel de visión. También incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye los exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades oculares. La evaluación por refracción se limita a una cada dos (2) años, a menos que se justifique como médicamente necesaria. Los lentes no requieren cambio con una frecuencia mayor a cada dos (2) años, a menos que sea medicamente necesario o que los lentes se extravíen, dañen o destruyan.
Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD).	Medicaid provee cobertura

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Servicios de planificación familiar prestados fuera de la red, proporcionados según las cláusulas de acceso directo de la exoneración	Medicaid provee cobertura
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. La terapia ocupacional, la fisioterapia y la terapia del habla se limitan a veinte (20) consultas por terapia al año, excepto para los niños menores de 21, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene una discapacidad de desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.
Cirugía/servicios ambulatorios	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Atención ambulatoria por abuso de sustancias	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Medicamentos de venta libre	Ciertos medicamentos de venta libre están cubiertos.
Atención ambulatoria de salud mental	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Servicios de cuidado personal	Medicaid provee cobertura Proporciona asistencia parcial o total con actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse y tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental. Los servicios deben ser medicamente necesarios y el médico del participante debe ordenarlos y deben ser proporcionados por una persona calificada.
Servicios de Respuesta ante Emergencias Personales (Personal Emergency Response Services, PERS)	Medicaid provee cobertura Un dispositivo electrónico que permite a ciertos pacientes de alto riesgo garantizar que recibirán ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que utilizan diferentes dispositivos de señalización. Estos sistemas por lo general están conectados al teléfono del paciente y envían una señal a un centro de respuesta cuando se activa el boto de “ayuda”. En caso de una emergencia, la señal es recibida y respondida apropiadamente por un centro de respuesta.
Medicamentos recetados	Medicaid no cubre los medicamentos recetados de la Parte D ni los copagos. Beneficios farmacéuticos de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos selectos excluidos de los beneficios de la Parte D de Medicare). Ciertos insumos médicos y fórmulas enterales cuando no son cubiertos por Medicare.

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Servicios privados de enfermería	Los servicios privados de enfermería se cubren cuando el médico determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería se pueden proporcionar a través de una agencia certificada de salud a domicilio aprobada, una agencia de cuidado en el hogar con licencia o un médico privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de tiempo parcial o continuos y provistos de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que lo ordena, del asistente médico registrado o del enfermero certificado.
Dispositivos protésicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios de rehabilitación que se prestan a personas que viven en residencias comunitarias (Community Residence, CR) y programas de tratamiento basados en la familia autorizados por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH)	Medicaid provee cobertura
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Medicaid cubre los días adicionales transcurrido el límite de 100 días de Medicare.

Servicios de Medicaid del NYS que puede necesitar	**Limitaciones, excepciones y otra información de beneficios (normas acerca de los beneficios)**
Transporte	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Incluye ambulancia de traslado, autobús para discapacitados, taxi, taxi programado, transporte público u otros medios apropiados para la condición médica de la persona inscrita.
Servicios requeridos con urgencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.

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/Participante 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 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 ayudarle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

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.

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

English	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.
Albanian	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.
Arabic	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 لشخصٍ يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	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।
Chinese	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爲您提供幫助。這是一項免費服務。
French	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.
French Creole	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.
German	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.
Greek	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.
Hindi	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।
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.
Portugese	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.

CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING

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/dsnp