

# **Resumen de beneficios de Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)**

1 de Enero de 2022 - 31 de Diciembre de 2022

Condados de Bronx, Erie, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Queens, Richmond (Staten Island), Rockland, Suffolk y Westchester

**Mi proveedor de atención primaria es:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Mi representante de CPHL es:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE**

Servicios al Miembro está disponible desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., los siete días de la semana:

TELÉFONO: 1-877-940-9330 (usuarios de TTY 711)

CORREO: Centers Plan for Healthy Living  
75 Vanderbilt Avenue  
Suite 700  
Staten Island, NY 10304

CORREO ELECTRÓNICO: [Memberservices@centersplan.com](mailto:Memberservices@centersplan.com)

SITIO WEB: [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com)

# Índice

|  |    |
|--|----|
| SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS .....  | 4  |
| SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS.....                  | 10 |
| SECCIÓN III - BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS ..... | 19 |
| SECCIÓN IV - BENEFICIOS ADICIONALES .....                | 21 |

## SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Este folleto le dará un resumen sobre los beneficios que cubrimos y lo que usted paga. No se presenta una lista con todos los servicios que cubrimos ni tampoco se incluye información sobre todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos y las limitaciones y las exclusiones que pueden aplicarse, comuníquese con nosotros y pregunte por la "Evidencia de cobertura". La Evidencia de cobertura también está disponible en nuestro sitio de internet en [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com).

Cuando este folleto dice "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 (HMO I-SNP).

### **Puede elegir entre distintas opciones para obtener beneficios de Medicare.**

- Por ejemplo, puede obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con una tarifa por cada servicio). El gobierno federal administra directamente el programa Original Medicare.
- Otra opción es recibir estos beneficios de Medicare a través de su afiliación a un plan Medicare Advantage, como Centers Plan for Nursing Home Care.
- Existen diferentes tipos de planes de Medicare Advantage. Nuestro plan es una **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)**, lo que significa que debe obtener la atención y los servicios de proveedores de la red del plan (con la excepción de atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área y diálisis fuera del área), y es posible que necesite una remisión y/o autorización para obtener algunos tipos de atención.

## RESUMEN DE BENEFICIOS - Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

- Nuestro plan también es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para Necesidades Especiales” o “SNP”, por sus siglas en inglés, de Medicare Advantage), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. Centers Plan for Nursing Home Care está diseñado específicamente para personas que viven en un hogar de reposo en nuestra red.

### **Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos del Resumen de beneficios que los otros planes ofrecen, o utilice el Buscador de planes de Medicare disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Si desea obtener más 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](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Temas abarcados en esta sección**

- Cosas que debe saber con respecto al plan Centers Plan for Nursing Home Care
- Prima mensual, deducibles y límites de los montos que debe pagar por los servicios cubiertos

---

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio para Miembros al 1-877-940-9330 para obtener información adicional, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 am a 8:00 pm siete días a la semana. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés. También podemos darles información en sistema braille o en letra grande.

## **Cosas que debe saber con respecto al plan Centers Plan for Nursing Home Care**

### **Horarios de atención**

Usted puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

### **Números de teléfono y página web de Centers Plan for Nursing Home Care**

- Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-877- 940-9330 (TTY 711).
- Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-877- 940-9330 (TTY 711).
- Nuestro sitio de internet: [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com)

### **¿Quién puede afiliarse?**

Para afiliarse al plan **Centers Plan for Nursing Home Care**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en uno de los hogares de reposo de nuestra red.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en el Estado de New York: condados de Bronx, Erie, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Queens, Richmond (Staten Island), Rockland, Suffolk y Westchester.

### **¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?**

Nuestro plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que el plan no pague por los servicios que usted recibe. En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio de internet en [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com). O bien, si desea recibir una copia de estos directorios por correo, llámenos y le enviaremos una copia de uno o de ambos directorios (lo que solicite).

## ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes Medicare Advantage, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Es posible que, para recibir algunos de estos beneficios, usted deba pagar más por nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros beneficios, es posible que pague menos.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos medicamentos de la Parte D; y cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.
  - Puede consultar el formulario completo del plan (la lista de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D) y cualquier restricción en nuestra página web en [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com). O, si prefiere una copia impresa del formulario, llámenos y le enviaremos una.

## ¿Cómo podré determinar el costo de mis medicamentos?

El monto que pagará dependerá del medicamento que usted toma y de la etapa que usted haya alcanzado dentro del beneficio. Más adelante en este documento, usted encontrará detalles de las etapas de beneficios: Deducible, Cobertura inicial, Transición de cobertura y Cobertura catastrófica.

## **Prima mensual, deducibles y límites de los montos que debe pagar por los servicios cubiertos**

### **¿Cuánto cuesta la prima mensual?**

- \$0 al mes por la Parte C.
- \$42.40 al mes por la Parte D.
- Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare

### **¿Cuánto es el deducible?**

- Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios.
- El monto del deducible médico de la Parte B es de \$203 por año. ***Este es el deducible médico de la Parte B para 2021 y puede cambiar para el 2022. Centers Plan for Nursing Home Care proveerá las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.***
- El deducible de la Parte D es \$480 por año.

### **¿Existe un límite de cuánto pagaré por los servicios cubiertos?**

Sí. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege porque tiene límites anuales en los costos de bolsillo que usted realiza por atención médica y hospitalaria.

Su límite anual en este plan es:

- \$7,550 por servicios que reciba de los proveedores de nuestra red.

Si alcanza el límite de costos de bolsillo, continuará recibiendo cobertura por servicios médicos y hospitalarios, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Por favor, tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales y compartir costos por los medicamentos recetados de la Parte D.

## **¿Existe un límite al monto que cubre el plan?**

Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para que le expliquemos los servicios que aplican.

## SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

### Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

| Categoría de beneficios  | Centers Plan for Nursing Home Care  |
|--|---|
| Prima mensual del plan, inclusiva las primas de la Parte C y la Parte D              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 al mes por su prima de la Parte C.</li> <li>• \$42.40 al mes por su prima de la Parte D.</li> <li>• Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>  |
| Deducible médico   | <p><b>\$203 (Este es el deducible médico de la Parte B de 2021 y puede cambiar en el 2022. <i>Centers Plan for Nursing Home Care proveerá las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i>)</b></p> <p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios.</p> |
| Deducible de medicamentos recetados (Parte D)  | \$480   |
| Responsabilidad máxima de costos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados) | \$7,550   |

| <b>Categoría de beneficios</b>                       | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>   |
|--|---|
| <b>Atención médica para pacientes hospitalizados</b> | <p>Los copagos para recibir los beneficios del hospital se basan en los periodos de beneficios. 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. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los montos para cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios</li> <li>• Copago de \$0 desde el día 1 al 60 por cada período de beneficios</li> <li>• Copago de \$371 por día desde el día 61 al 90 de cada período de beneficios</li> <li>• Copago de \$742 por cada "día de reserva vitalicia"</li> <li>• Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos</li> </ul> |

| <b>Categoría de beneficios</b>                                      | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>   |
|---|---|
| <b>Atención médica para pacientes hospitalizados (continuación)</b> | <p><b><i>Tenga en cuenta que:</i></b> Estos son los montos de costo compartido para 2021, los cuales pueden cambiar en 2022. Centers Plan for Nursing Home Care proveerá las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p style="text-align: center;"><b>Se requiere autorización</b></p>  |
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coaseguro del 20% por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y de observación cubiertos por Medicare</li> </ul> <p>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.</p> <p style="text-align: center;"><b>Se requiere autorización</b></p>   |
| <b>Consultas en el consultorio del médico</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para consultas con médicos de atención primaria</li> <li>• Copago del 20 % para consultas con especialistas</li> </ul>   |
| <b>Atención preventiva</b>  | <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los servicios preventivos de Medicare. Nuestro plan cubre varios servicios preventivos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento en los casos de abuso del alcohol</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Medición de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> </ul> |

| <b>Categoría de beneficios</b>            | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>  |
|---|--|
| <b>Atención preventiva (continuación)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prueba de ADN en las heces con múltiples objetivos</li> <li>○ Enemas de bario de detección</li> <li>○ Colonoscopías de detección</li> <li>○ Pruebas de detección de sangre oculta en heces</li> <li>○ Sigmoidoscopias flexibles de detección</li> </ul> </li> <li>• Prueba de detección de cuadros depresivos</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación de autocontrol de la diabetes</li> <li>• Vacuna contra la gripe</li> <li>• Pruebas de glaucoma</li> <li>• Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Prueba de detección de la hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Prueba de detección de cáncer pulmonar</li> <li>• Mamografías (pruebas de detección)</li> <li>• Servicios de terapia nutricional</li> <li>• Evaluación y asesoramiento de la obesidad</li> <li>• Consulta preventiva única de “Bienvenido a Medicare”</li> <li>• Pruebas de detección del cáncer de próstata</li> <li>• Asesoramiento y examen de detección de infecciones de transmisión sexual</li> </ul> |

| <b>Categoría de beneficios</b>            | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>  |
|---|--|
| <b>Atención preventiva (continuación)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vacunas contra el COVID-19</li> <li>○ Vacunas contra la gripe</li> <li>○ Vacunas contra la hepatitis B</li> <li>○ Vacunas neumocócicas</li> </ul> </li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar</li> <li>• Consulta anual de "bienestar"</li> </ul> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p> <p><b>Es posible que se requiera una autorización y/o remisión para algunos de los servicios de esta lista.</b> Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p> |
| <b>Atención de emergencia</b>             | <p>Coaseguro del 20 % por visita hasta un máximo de \$90</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas después de presentarse la emergencia, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por la atención de emergencia.</p> <p>La atención de emergencia no está cubierta fuera de Estados Unidos y sus territorios, salvo ciertas circunstancias limitadas.</p>  |
| <b>Servicios requeridos con urgencia</b>  | <p>Coaseguro del 20 % por visita hasta un máximo de \$65</p> <p>Si usted es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas después del incidente, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por los servicios requeridos con urgencia.</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia no están cubiertos fuera de Estados Unidos y sus territorios, excepto bajo circunstancias limitadas.</p>  |

| <b>Categoría de beneficios</b>   | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>   |
|--|---|
| <p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías para pacientes ambulatorios (el costo para estos servicios puede ser diferente si se recibe en un entorno de cirugía ambulatoria)</b></p> | <p>Coaseguro del 20% para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico radiológico (tales como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas)</li> <li>• Exámenes y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)</li> </ul> <p><b>Se requiere autorización para todos los servicios de radiología, excepto para las radiografías</b></p> |
| <p><b>Servicios de audición</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina al año</li> <li>• Copago de \$0 para 1 evaluación / adaptación de audífonos cada 3 años</li> <li>• Copago de \$0 para audífonos, una vez cada 3 años</li> <li>• Nuestro plan paga hasta \$500 por oído cada 3 años para aparatos auditivos</li> </ul>   |
| <p><b>Servicios odontológicos</b></p>  | <p>Coaseguro del 20 % para servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para servicios odontológicos preventivos<br/>Cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza - una vez al año</li> <li>• Radiografías dentales - una vez al año</li> <li>• Examen bucal - una vez al año</li> </ul>  |

| <b>Categoría de beneficios</b>          | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>   |
|---|---|
| <b>Servicios de cuidado de la vista</b> | <p>Copago de \$0 para beneficios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.</li> </ul> <p>Consulte la Evidencia de cobertura (disponible en <a href="http://www.centersplan.com/plans">www.centersplan.com/plans</a>) para obtener más información.</p>   |
| <b>Servicios de salud mental</b>        | <p><u>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:</u></p> <p>Los montos para cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios</li> <li>• Días 1 a 60: coaseguro de \$0 por día de cada periodo de beneficios</li> <li>• Días 61 a 90: coaseguro de \$371 por día de cada período de beneficios.</li> <li>• Días 91 y posteriores: coaseguro de \$742 por cada "día de reserva vitalicia", después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</li> <li>• Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos</li> </ul> |

| Categoría de beneficios  | Centers Plan for Nursing Home Care  |
|--|---|
| <p><b>Servicios de salud mental (continuación)</b></p>                           | <p><b><i>Tenga en cuenta que:</i></b> Estos son los montos de costo compartido para 2021, los cuales pueden cambiar en 2022. Centers Plan for Nursing Home Care proveerá las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Un período de beneficios comienza cuando ingresa en el hospital y finaliza cuando no ha estado internado en un hospital durante 60 días seguidos. Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para servicios en un hospital psiquiátrico. El límite no aplica para los servicios como paciente hospitalizado provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Una vez que haya usado estos 190 días adicionales, la cobertura de los servicios de salud mental como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <p><b>Se requiere autorización para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p><u>Atención de salud mental como paciente ambulatorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coaseguro del 20 % para visitas de terapia grupal o individual</li> </ul> |
| <p><b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p> | <p>Copago de \$0 por estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere de estadía previa en el hospital.</p>  |
| <p><b>Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje</b></p>      | <p>Copago de \$0 por servicio</p>   |

| <b>Categoría de beneficios</b>                | <b>Centers Plan for Nursing Home Care</b>   |
|---|---|
| <b>Ambulancia</b>                             | <p>Coaseguro del 20% para servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare</p> <p>Si lo hospitalizan dentro de las 24 horas después de presentarse la emergencia, no tendrá que pagar los servicios de ambulancia</p> <p><b>Se requiere autorización para los servicios que no son de emergencia.</b></p> |
| <b>Transporte</b>                             | No está cubierto  |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> | <p>Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Se requiere autorización</b></p>  |

## SECCIÓN III - BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

| Categoría de beneficios                              | Centers Plan Nursing Home Care   |
|--|--|
| <b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>          |  |
| <p><b>Etapas de los beneficios de la Parte D</b></p> | <p>El costo compartido puede cambiar cuando se pasa a otra etapa de los beneficios de la Parte D.</p> <p>Hay 4 etapas:</p> <p><b>Etapa 1: Deducible:</b></p> <p>\$480</p> <p><b>Etapa 2: Cobertura inicial:</b></p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta y permanece en esta etapa hasta que el costo total en lo que va del año llegue a \$4,430. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p> <p><b>Etapa 3: Transición de cobertura:</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca, además de una parte de la tarifa de surtido, y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050.</p> <p><b>Etapa 4: Cobertura catastrófica:</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de Diciembre de 2022).</p> |

| Categoría de beneficios                     | Centers Plan for Nursing Home Care   |
|---|--|
| <b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b> |  |
| <b>Cobertura inicial</b>                    | <p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales en medicamentos asciendan a \$4,430. Los gastos totales anuales de medicamentos son la suma de los pagos que realizan usted y nuestro plan de la Parte D.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b></p> <p>Copago de \$0, \$1.35, \$3.95 o no más del 25 % de coaseguro por receta</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b></p> <p>Copago de \$0, \$4.00, \$9.85 o no más del 25 % de coaseguro por receta</p>      |
| Cobertura catastrófica                      | <p>A partir del momento en que sus costos de bolsillo por concepto de medicamentos (incluyendo los medicamentos adquiridos en su farmacia al por menor o que pida por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la cantidad mayor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 % del costo o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca tratados como genéricos) y copago de \$9.85 por el resto de los medicamentos</li> </ul> |

## SECCIÓN IV - BENEFICIOS ADICIONALES

### Beneficios médicos cubiertos adicionales

| Categoría de beneficios   | Centers Plan for Nursing Home Care   |
|---|--|
| <b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>   |  |
| <b>Acupuntura (para dolor lumbar crónico)</b>                         | <p>Coaseguro del 20 % por visita hasta un máximo de 12 visitas en 90 días para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Se trata de acupuntura cubierta por Medicare que solo está cubierta en determinadas circunstancias.</p> <p>Comuníquese con el plan o consulte la Evidencia de cobertura (<a href="http://www.centersplan.com">www.centersplan.com</a>) para conocer los detalles</p> <p style="text-align: center;"><b>Se requiere autorización</b></p> |
| <b>Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b> | <p>Coaseguro del 20 %</p> <p style="text-align: center;"><b>Se requiere autorización</b></p>   |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>                | <p>Coaseguro del 20 %</p> <p style="text-align: center;"><b>Se requiere autorización</b></p>   |
| <b>Atención quiropráctica</b>   | <p>Coaseguro del 20 % para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare (manipulación de la columna para corregir una subluxación, que es cuando 1 o más de los huesos de la columna se desplazan fuera de posición).</p> <p style="text-align: center;"><b>Requieren autorización y remisión</b></p>   |

| Categoría de beneficios  | Centers Plan for Nursing Home Care  |
|--|---|
| <b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>  |   |
| <p><b>Insumos y servicios para la diabetes, capacitación para el autocontrol</b></p> | <p>Coaseguro del 20 % para insumos y servicios para la diabetes cubiertos por Medicare (incluye calzado y plantillas terapéuticas para la diabetes)<br/>                     Copago de \$0 para capacitación de autocontrol cubierta por Medicare<br/>                     Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Si usted usa insulina</u></b>, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días.</li> <li>• <b><u>Si usted no usa insulina</u></b>, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días.</li> </ul> <p>Los insumos y servicios para la diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care.<br/> <b>Se requiere una autorización para la capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> |
| <p><b>Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b></p>                 | <p>Coaseguro del 20 %<br/> <b>Se requiere autorización</b></p>  |
| <p><b>Cuidados paliativos</b></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. La cobertura de cuidados paliativos está cubierta fuera de nuestro plan.<br/>                     Por favor comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más detalles.</p>   |

| Categoría de beneficios  | Centers Plan for Nursing Home Care   |
|--|--|
| <b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>  |  |
| <b>Servicios de educación para enfermedad renal</b>                            | Copago de \$0<br><b>Se requiere autorización</b>   |
| <b>Servicios de terapia ocupacional</b>  | Copago de \$0 por consulta<br><b>Se requiere autorización</b>  |
| <b>Servicios del tratamiento de opioides</b>                                   | Copago de \$0 por consulta<br><b>Se requiere autorización</b>  |
| <b>Terapia ambulatoria para tratar el abuso de sustancias</b>                  | Coaseguro del 20 % por sesión individual o grupal cubierta<br><b>Se requiere autorización</b>  |
| <b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coaseguro del 20 % para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</li> <li>• Coaseguro del 20 % por una (1) visita de rutina para el cuidado de los pies al año</li> </ul> |
| <b>Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)</b> | Coaseguro del 20 %<br><b>Se requiere autorización</b>  |
| <b>Diálisis renal</b>  | Coaseguro del 20 %   |
| <b>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</b>     | Copago de \$0 por consulta<br><b>Se requiere autorización</b>  |

## RESUMEN DE BENEFICIOS - Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-

---

Para obtener más información, llámenos al número telefónico que aparece abajo o visite nuestro sitio web en [www.centersplan.com](http://www.centersplan.com)

Los siguientes documentos también se encuentran disponibles en nuestro sitio de internet:

- Nuestros directorios de proveedores y farmacias;
- Nuestro Formulario integral (una lista completa de los medicamentos recetados de la Parte D que cubrimos) y cualquier restricción;
- La Evidencia de cobertura; y
- Varios otros documentos y formularios importantes.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (usuarios de TTY 711). Los representantes están disponibles los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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.

Los miembros inscritos deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare en caso de no haber sido pagada como parte de Medicaid.