

2024



Resumen de beneficios

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)



Resumen de beneficios 2024

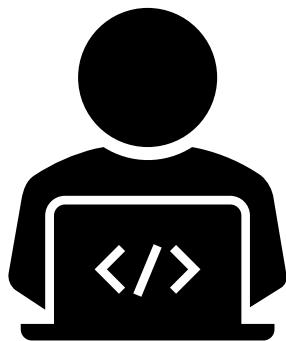
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

1 de Enero de 2024 - 31 de Diciembre de 2024

H6988, Plan 001

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York:

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



Puede comunicarse con **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 am a 8 pm
SITIO DE INTERNET	www.centersplan.com/mapd
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@centersplan.com
CORREO POSTAL	Centers Plan for Healthy Living 75 Vanderbilt Avenue, 7 th Floor Staten Island, NY 10304

Comuníquese con servicios al miembro si desea recibir esta información con letra grande, en Braille o en español.

Servicios al Miembro también tiene disponibles servicios gratuitos de interpretación lingüística para las personas que no hablan inglés.



H6988-001_CY24SB_M

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD



Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro" se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan" se refiere a **Centers Plan for Medicare Advantage Care**.



Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) es una HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage Care depende de la renovación del contrato.



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por nuestro plan. La información provista sobre los beneficios no incluye a todos los servicios que cubrimos, sus limitaciones y sus exclusiones. Para recibir una lista completa de los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro al teléfono 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la *evidencia de cobertura*, o consúltela por internet en www.centersplan.com/mapd.



Centers Plan for Medicare Advantage Care tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios. Puede ver el *directorio de proveedores y farmacias* y la *evidencia de cobertura* de nuestro plan en www.centersplan.com/mapd. O llámenos y le enviaremos una copia del directorio.



Excepto en situaciones de emergencia, si acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red, no podremos pagar los servicios que reciba. En general, debe acudir a farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Quizá necesite una remisión o autorización para recibir algunos tipos de atención.



Nuestros directorios de proveedores y farmacias del plan están disponibles en nuestro sitio de internet en www.centersplan.com/mapd. Comuníquese con nosotros para solicitar copias impresas de los directorios.



Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente "**Medicare y usted**". Consúltelo en internet en www.medicare.gov o pida una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

ELEGIBILIDAD

Para afiliarse a **Centers Plan for Medicare Advantage Care**, debe:

- Estar inscrito en las siguientes partes de Medicare: A (seguro de hospital); B (seguro médico); y D (seguro de medicamentos recetados)
- Vivir en nuestra área de servicio: Condados de Bronx, Erie, Kings, Nassau, New York, Niagara, Queens, Richmond, y Rockland
- Estar presente de manera legal en Estados Unidos

PRIMAS Y DEDUCIBLES

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Prima mensual del plan	La prima es la cantidad que debe pagar por su seguro o plan de salud. Usted o su empleador habitualmente la pagan por mes, trimestre o año.	\$0 por su prima médica (Parte C) y \$0 por medicamentos recetados (Parte D).	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted.
Deducible	El deducible es la cantidad que usted paga durante un período de cobertura (habitualmente un año) por los servicios de salud cubiertos, antes de que su plan empiece a pagar.	\$0 por su deducible médico (Parte C). \$395 al año por su deducible de medicamentos recetados (Parte D).	Su deducible de medicamentos recetados no se aplica a los medicamentos de nivel 1 y 2, ni a los productos de insulina cubiertos, ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Responsabilidad máxima de desembolso personal	El límite de desembolso personal (también llamado "Responsabilidad máxima de desembolso personal") es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (habitualmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Después de alcanzar este límite, el plan habitualmente pagará el 100% del monto autorizado. Este límite le ayuda a planear sus costos de servicios de salud.	No supera \$7,550 al año.	Su límite de desembolso personal no incluye los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR MEDICARE Y SUS COSTOS PARA USTED

Recuerde que los servicios marcados con un * son beneficios suplementarios cubiertos por nuestro plan.

Si necesita atención hospitalaria

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Cobertura de pacientes hospitalizados	Por cada período de beneficios ¹ , usted paga: <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$305 por día, en los días 1 a 6.• \$0 por los días 7 a 90.• \$0 por 60 días de reserva de por vida.	Se requiere autorización.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios, incluyendo servicios de observación	Coaseguro de 20%.	La cobertura de sangre completa y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta (473 ml) de sangre que necesite. Se cancela el deducible de tres (3) pintas. Se requiere autorización.

¹ Un período de beneficios comienza en el día en que es admitido como paciente internado y termina cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos. Si se interna en un hospital después de que termine un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios.

Si necesita atención hospitalaria (cont)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Copago de \$250 por visita	Se requiere autorización.

Si necesita consultar a un médico

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	
Consulta a especialista	Copago de \$20 por consulta	
Atención preventiva, como estudios de detección, vacunas y consultas de rutina.	\$0	<p>Puede requerirse una autorización o remisión para algunos servicios de atención preventiva.</p> <p>Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.</p>

Si necesita atención médica inmediata

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Atención de emergencia	Copago de \$90 por visita. \$90 por consulta de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	Si es admitido a un hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar el copago de \$90. El monto del beneficio máximo de cobertura en todo el mundo es de \$25,000.
Servicios de urgencia	Copago de \$30 por consulta.	Si es admitido a un hospital en un plazo de 24 horas por el mismo problema, no tendrá que pagar el copago de \$30. Los servicios de urgencia solamente se cubren en Estados Unidos y sus territorios.

Si necesita pruebas médicas

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0	Se requiere autorización.
Servicios de laboratorio	\$0	Se requiere autorización.
Radiología de diagnóstico, como estudios de IRM y TC.	Coaseguro de 20%.	Se requiere autorización.
Radiología terapéutica, como tratamiento con radiación para el cáncer.	Coaseguro de 20%.	Se requiere autorización.
Radiografías.	\$0	Se requiere autorización.

Si necesita servicios de audición o audiología

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios de audición (Evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio)	Copago de \$30 por consulta.	
Examen de audición (de rutina)*	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina al año.	
Aparatos auditivos*	<p>Usted paga un copago de \$0 por un ajuste y evaluación de aparato auditivo cada tres (3) años.</p> <p>Pagamos hasta \$1,000 por oído por aparatos auditivos, una vez cada tres años.</p>	

Si necesita atención dental

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios dentales de la Parte A de Medicare	\$0	Al igual que con la Parte A de Medicare (seguro de hospital), cubrimos ciertos servicios dentales que recibe mientras está en el hospital y las estancias hospitalarias si necesita someterse a procedimientos dentales de emergencia o complicados.
Servicios dentales preventivos*	\$0	Cubrimos cada servicio una vez cada seis meses: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza dental (profilaxis) • Radiografías dentales • Tratamiento con fluoruro Exámenes bucales
Servicios dentales integrales*	\$0	Los servicios dentales integrales tienen un límite de \$2,000 por año. Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Coronas y postes (uno por diente, cada 60 meses) • Prótesis dentales (una cada 36 meses) • Reparación de prótesis dentales (una cada 12 meses)

Si necesita atención dental (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios dentales integrales* (cont)		<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncias (una de por vida en cada diente) • Extracciones (una de por vida en cada diente) • Empastes (uno cada 24 meses en cada diente) • Gingivectomías (una cada 36 meses por cuadrante) • Protectores bucales, como los protectores nocturnos (uno cada 12 meses) • Mantenimiento periodontal (uno cada seis meses) • Servicios de prostodoncia (uno cada 36 meses por cada arco); • Limpieza de sarro (una vez cada seis meses por cuadrante)

Si necesita cuidado de la vista

Servicios que puede necesitar	Costos que paga con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Examen ocular de rutina*	\$0	Cubrimos un examen ocular de rutina al año.
Anteojos y lentes*	Todos los costos por anteojos y lentes que excedan de \$200 al año.	Cubrimos hasta \$200 al año por anteojos o lentes de contacto. Los anteojos están limitados a un par de anteojos (lentes y armazones) por año.
Servicios de salud ocular de la Parte B de Medicare.	Copago de \$30 por consulta.	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos ciertos exámenes y tratamientos para trastornos específicos.
Anteojos y lentes para trastornos específicos	\$0	Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que implante un lente intraocular.

Si necesita servicios de salud mental

Servicios que puede necesitar	Costos que paga con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Por cada período de beneficios ² , usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$305 por día, en los días 1 a 5. • \$0 por los días 6 a 90. • \$0 por 190 días de reserva de por vida. • Después de usar sus días de reserva de por vida, usted paga todos los costos. 	Nuestro plan tiene un límite de 190 días de por vida para servicios en un hospital psiquiátrico. El límite no se aplica a los servicios para pacientes hospitalizados que se presten en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <p style="text-align: center;">Se requiere autorización.</p>
Terapia para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por sesión individual o grupal.	Se requiere una remisión para servicios psiquiátricos.

² Un período de beneficios comienza en el día en que es admitido como paciente internado y termina cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado durante 60 días consecutivos.

Si necesita servicios de rehabilitación o terapia.

Servicios que puede necesitar	Costos que paga con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por cada período de beneficios ³ usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por los días 1 a 20. • Copago de \$160 por día en los días 21 a 100. • Del día 101 en adelante usted paga todos los costos. 	No requiere una estancia de 3 días en el hospital. Se requiere autorización.
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Copago de \$20 por consulta	Se requiere autorización.

³ El período de beneficios termina cuando no haya recibido atención especializada en un SNF (hasta 100 días) durante 60 días consecutivos. Si se interna en un SNF después de que termine un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios.

Si necesita transporte

Servicios que puede necesitar	Costos que paga con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Ambulancia	Copago de \$200.	Si es admitido a un hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar el copago de \$200. El copago no excederá de \$200 en cualquier período de 24 horas. Se requiere autorización para servicios que no sean de emergencia.
Transporte de rutina*	Usted paga \$0 por 6 viajes en un solo sentido en cada período de tres (3) meses a centros de salud aprobados por el plan, en autobús, subterráneo, furgoneta o transporte médico.	Se requiere autorización.

Si necesita medicamentos recetados como paciente ambulatorio (es decir, medicamentos que recibiría en un consultorio médico o un entorno hospitalario ambulatorio)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga un coaseguro de 0% a 20% por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B de Medicare. No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina de la Parte B cubierto por nuestro plan.	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en ciertas condiciones, como los que recibe en un consultorio médico o en un entorno hospitalario ambulatorio. Se requiere autorización.

**ETAPAS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y COSTOS QUE
USTED PAGA**

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Deducible (Etapa 1)	El deducible es la cantidad que usted paga durante un período de cobertura (habitualmente un año) por los medicamentos recetados, antes de que su plan empiece a pagar.	Su deducible de medicamentos recetados (Parte D) es de \$395 por año. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya gastado \$395 en medicamentos recetados.	Su deducible de medicamentos recetados no se aplica a los medicamentos de nivel 1 y 2, ni a los productos de insulina cubiertos, ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Fase de cobertura inicial (Etapa 2)	La fase de cobertura inicial es la etapa que comienza cuando surte su primera receta médica y termina cuando el costo total de sus medicamentos recetados en lo que va del año alcanza el límite de la fase.	Durante esta etapa, nosotros pagamos nuestra parte del costo de sus medicamentos de nivel 1 y 2, y usted paga su parte del costo. Después de que haya cubierto su deducible, pagamos nuestra parte del costo de sus medicamentos de nivel 3, 4 y 5, y usted paga su parte del costo. Usted no paga más de \$35 al mes por su suministro de cada producto de insulina cubierto.	Permanecerá en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos recetados en lo que va del año (los costos pagados tanto por usted como por nuestro plan) suman \$5,030.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Brecha en la cobertura (Etapa 3)	La brecha en la cobertura es un período de tiempo en el que usted paga una parte más alta del costo de sus medicamentos recetados hasta que haya gastado suficiente para ser elegible para cobertura catastrófica. La brecha de cobertura a veces se conoce como el "agujero de la dona".	Durante esta etapa usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa por prescripción) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.	En el caso de los medicamentos de marca, lo que usted paga y lo que el fabricante paga se contarán para su desembolso personal. En el caso de los medicamentos genéricos, solo el importe que usted paga se contará para salir de la brecha de cobertura. Seguirá en esta etapa hasta que el costo de su desembolso personal en lo que va del año alcance un total de \$8,000. Esta cantidad y las reglas sobre los costos que se

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Términos de seguros de salud	Definición	Costo para usted	Limitaciones, excepciones y más información
Brecha en la cobertura (Etapa 3) (cont)			cuentan para esta cantidad son establecidas por Medicare.
Cobertura catastrófica (Etapa 4)	La cobertura catastrófica es una fase diseñada para protegerlo de tener que pagar un desembolso personal demasiado elevado por medicamentos recetados. Habitualmente comienza después de que usted gaste un monto predeterminado en sus servicios de salud.	Durante esta etapa, pagaremos el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted entra en esta etapa cuando el costo total de su desembolso personal en lo que va del año supera los \$8,000.

**NIVELES DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y COSTOS QUE
USTED PAGA**

Si necesita medicamentos recetados durante la fase de cobertura inicial (etapa 2), después de haber cubierto su deducible.

Nivel de medicamentos recetados	Su costo por un suministro para un (1) mes en una farmacia minorista (farmacia de la red)	Su costo por un suministro para tres (3) meses en una farmacia minorista (farmacia de la red)	Su costo por un suministro para tres (3) meses usando nuestro servicio de pedido por correo (MedImpact Direct)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Usted paga \$0 al mes por su suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>
Nivel 2: Medicamentos genéricos	<p style="text-align: center;">Copago de \$15</p> <p>Usted no paga más de \$35 al mes por su suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p style="text-align: center;">Copago de \$45</p>	<p style="text-align: center;">Copago de \$37.50</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Nivel de medicamentos recetados	Su costo por un suministro para un (1) mes en una farmacia minorista (farmacia de la red)	Su costo por un suministro para tres (3) meses en una farmacia minorista (farmacia de la red)	Su costo por un suministro para tres (3) meses usando nuestro servicio de pedido por correo (MedImpact Direct)
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47. Usted no paga más de \$35 al mes por su suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Copago de \$141.	Copago de \$117.50.
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100. Usted no paga más de \$35 al mes por su suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Copago de \$300.	Copago de \$250.
Nivel 5: Nivel de especialidad	Coaseguro de 25%.	No hay suministros para tres (3) meses disponibles en este nivel.	No hay pedidos por correo disponibles en este nivel.

Limitaciones, excepciones y más información:

- Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, recibirá suministros para un (1) mes de sus medicamentos y pagará lo mismo que en una farmacia minorista.
- Puede conseguir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero quizá pague más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES Y SUS COSTOS PARA USTED

Si necesita servicios adicionales

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Acupuntura para dolor lumbar crónico.	Coaseguro de 20% por consulta, hasta para 12 consultas en 90 días, para el dolor lumbar crónico. Medicare cubre 8 consultas adicionales si se demuestra una mejoría, con un límite anual de 20 consultas.	La acupuntura cubierta por Medicare solamente se cubre en ciertas circunstancias. Se requiere autorización para las consultas 13 a 20.
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	Copago de \$20 por consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.	Cubrimos los servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios de rehabilitación cardiaca y pulmonar (cont.)	Copago de \$15 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	
Atención quiropráctica	Copago de \$15 por manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación, que es cuando uno o más de los huesos de su columna vertebral se salen de su posición.	Cubrimos los servicios cubiertos por Medicare. Se requieren autorización y remisión.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0	Se requiere autorización.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p>Cubrimos los suministros para diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas que cubre Medicare.</p> <p>Los límites de cantidad se aplican a los suministros para diabetes no cubiertos por la Parte D.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usa insulina, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días. • Si no usa insulina, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días. • Los suministros y servicios para diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care.
Diálisis	Coaseguro de 20%.	Se requiere autorización.
Equipo médico duradero	Coaseguro de 20%.	Se requiere autorización.
Servicios de salud en el hogar	\$0	Se requiere autorización.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024 –
Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Atención terminal	\$0	<p>La atención terminal se cubre fuera de nuestro plan. Usted no paga nada por la atención terminal de un centro de atención terminal certificado por Medicare. Podría tener que pagar parte del costo de los medicamentos y los cuidados de relevo. Consulte a Servicios al Miembro para obtener más detalles.</p>
Servicios de educación sobre enfermedades renales	\$0	<p>Se requiere autorización.</p>
Servicios de tratamiento por opioides	\$0	<p>Se requiere autorización.</p>
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Copago de \$30 por sesión individual o grupal.	<p>Se requiere autorización.</p>

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Artículos de venta libre*	\$0	<p>Puede comprar hasta \$100 de artículos de venta libre elegibles cada tres meses, usando su tarjeta de débito para artículos de venta libre.</p> <p>Los importes no utilizados no se transferirán de un trimestre al siguiente.</p> <p>Visite www.mybenefitscenter.com para ver nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.</p>
Servicios de podología	Copago de \$20 por consulta	<p>Cubrimos los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requieren autorización y remisión.</p>

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que paga al acudir a proveedores de la red	Limitaciones, excepciones y más información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Dispositivos protésicos, como órtesis y miembros artificiales.	Coaseguro de 20%.	Se requiere autorización.
Servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) para enfermedad de arterias periféricas (PAD) sintomática.	\$0	Se requiere autorización.
Cobertura de emergencias en todo el mundo*	Copago de \$90 por visita.	El copago de \$90 se cancela si es admitido al hospital. El monto del beneficio máximo de cobertura en todo el mundo es de \$25,000.

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 am a 8 pm

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/mapd