



RESUMEN DE PRESTACIONES

Haga que sea Fácil...

Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage **X**

2011



2011

Resumen de

Prestaciones

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)
Easy Choice Plus Plan (HMO)
Easy Choice Best Plan (HMO)

H5087_2011 SB Spa
Alternate Formats (10/26/2010)



Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por interesarse en Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP). Nuestro plan se proporciona por medio de EASY CHOICE HEALTH PLAN INC./Easy Choice Health Plan, un plan de necesidades especiales de la organización para el cuidado de la salud (HMO) de Medicare Advantage. Este plan está formulado para las personas que reúnen criterios de registro específicos.

Usted podría tener derecho a afiliarse a este plan si recibe apoyo del estado y Medicare. Todos los costos compartidos indicados en este resumen de prestaciones van de acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) y entérese si usted cumple con los requisitos de afiliación. Nuestro número se encuentra al final de esta introducción.

El presente Resumen de prestaciones le brinda información acerca de nuestro plan. Sin embargo, no todos los servicios que ofrecemos están incluidos así como tampoco todas las limitaciones o excepciones. Si desea recibir una lista completa de nuestras prestaciones, comuníquese con Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) y solicite el Certificado de cobertura.

USTED TIENE OPCIONES PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diversas opciones de Medicare. Una de las opciones es Medicare Original (pago por servicio). Otra alternativa es un plan de salud de Medicare, como el Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP). Otras opciones también están disponibles. Usted elige. Independientemente de su decisión, seguirá dentro del Programa Medicare.

Si cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid (elegibilidad doble), puede afiliarse o desafiliarse de un plan en cualquier momento. Comuníquese con Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) al número que se encuentra al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas, de lunes a domingo.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR LAS OPCIONES?

Puede comparar Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) y Medicare Original utilizando este Resumen de prestaciones. Las tablas en esta publicación presentan algunas prestaciones importantes de salud. Para cada prestación, podrá ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre Medicare Original.

Nuestros afiliados reciben todas las prestaciones que ofrece Medicare Original. También ofrecemos más prestaciones, las mismas que pueden variar de un año a otro.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿EN QUÉ ÁREAS SE ENCUENTRA EASY CHOICE FREEDOM PLAN (HMO SNP) DISPONIBLE?

El área de servicio de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) comprende: el Condado de Los Angeles, CA. Debe residir en esta área para afiliarse al plan.

¿QUIÉNES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN A EASY CHOICE FREEDOM PLAN (HMO SNP)?

Usted puede afiliarse a Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) si tiene derecho a Medicare Parte A y se encuentra afiliado a Medicare Parte B y vive en el área de servicio.

No obstante, las personas que presenten enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) por lo general no califican para la afiliación a Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP), a menos que hayan estado afiliados a nuestra organización, y continúen estándolo desde que el proceso de diálisis se haya iniciado.

También debe recibir apoyo del estado para poder afiliarse a este plan. Comuníquese con el plan para saber si es elegible para la afiliación.

¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede ser atendido por médicos que forman parte de nuestra red. Los proveedores de servicios médicos de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un Directorio de proveedores o visítenos en www.easychoicehealthplan.com para acceder a una lista actualizada. Nuestro número de Servicio de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VISITO A UN MÉDICO QUE NO SE ENCUENTRA EN LA RED?

Si elige visitar a un médico fuera de la red, deberá pagar tales servicios, salvo en situaciones limitadas (por ejemplo, atención médica de emergencia). Ni Medicare Original ni el plan asumirán el costo de estos servicios.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA SI ME AFILIO A ESTE PLAN?

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) ha formado una red de farmacias. Debe utilizar una farmacia perteneciente a la red para recibir las prestaciones del plan. Si usted utiliza una farmacia fuera de la red, no pagaremos sus recetas, salvo en determinados casos. Las farmacias que forman parte de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en easychoicehealthplan.com. Nuestro número de Servicio de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B O PARTE D?

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) sí cubre los medicamentos de venta con receta tanto de Medicare Parte B como la Parte D.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA?

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) usa un Formulario. El Formulario es una lista de medicamentos cubiertos en su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Podemos agregar, eliminar o modificar las limitaciones de la cobertura periódicamente para determinados medicamentos o modificar la cantidad que usted paga por un medicamento. Si efectuamos alguna modificación al Formulario que pudiera limitar la capacidad del afiliado de surtir su receta, notificaremos a los beneficiarios afectados antes de efectuar dicha modificación. Le enviaremos un Formulario o bien, puede ver nuestro Formulario completo en nuestro sitio Web en www.easychoicehealthplan.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro Formulario o que está sujeto a requisitos o limitaciones adicionales, es posible que pueda obtener un suministro temporal de dicho medicamento. Comuníquese con nosotros para solicitar una excepción o para cambiar por un medicamento alternativo que se encuentre en nuestro Formulario, con la ayuda de su médico. Llámenos para saber si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para recibir más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN PARA MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Es posible que pueda obtener ayuda adicional para asumir los costos y las primas de medicamentos de venta con receta así como con otros costos de Medicare. Si desea saber si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633 -4227); Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, de lunes a domingo y pueden visitar

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

'Programs for People with Limited Income and Resources' (Programas para Personas con Ingresos Limitados y Recursos) que se encuentra en la publicación Medicare You.

- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-800-325-0778 o.
- al número de su oficina estatal de Medicaid.

¿CUÁLES SON MIS GARANTÍAS CON ESTE PLAN?

Todos los Planes Medicare Advantage deben permanecer en el programa durante un año completo por vez. Cada año, los planes deciden si continuarán por un año más. Aun si un Plan Medicare Advantage abandonara el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, deberán enviarle una carta con 90 días de anticipación, como mínimo, antes de que finalice su cobertura. En dicha carta se le informará las opciones de cobertura de Medicare disponibles en su área.

Como afiliado a Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP), usted tiene derecho a solicitar la determinación de su organización, que incluye el derecho a solicitar una apelación en caso de que rechazamos la cobertura de un artículo o servicio y el derecho a presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización en caso de que deseamos proporcionar o costear un artículo o servicio que usted crea debemos cubrir. Si rechazamos la cobertura para su artículo o servicio, usted tiene derecho a apelar y pedirnos la revisión de nuestra decisión. Usted puede solicitar una apelación o determinación de cobertura rápida si creyera que la espera podría poner en peligro su vida o su salud o si afectara su habilidad de recuperar el control total de sus funciones. Si su médico realiza o está a favor de la solicitud rápida, debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de la red que no incluya la cobertura de un producto o servicio. Si su problema se trata acerca de la calidad de atención, también tiene el derecho de presentar una queja ante las Organizaciones de mejora de calidad (QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura para acceder a la información de contacto de estas organizaciones.

Como afiliado a Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP), usted tiene derecho a solicitar la determinación de su cobertura, que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación en caso de que rechazamos la cobertura de un medicamento de venta con receta y el derecho a presentar una queja formal. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que, a su criterio, debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Usted puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no se encuentra en

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debería obtener un medicamento no preferido a un menor costo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como por ejemplo, un límite sobre la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, comuníquese con nosotros antes de surtir su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que fundamente su solicitud de excepción. Si rechazamos la cobertura para su(s) medicamento(s) de venta con receta, tiene derecho a apelar y pedirnos la revisión de nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de la red que no incluya la cobertura de un medicamento de venta con receta. Si su problema se trata acerca de la calidad de atención, también tiene el derecho de presentar una queja ante las Organizaciones de mejora de calidad (QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura para acceder a la información de contacto de estas organizaciones.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE FARMACOTERAPIA (MTM)?

Un programa de administración de farmacoterapia (MTM) es un servicio gratuito que podríamos ofrecerle. Es posible que sea invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas en cuanto a su salud y medicamentos. Puede elegir no participar pero se recomienda que aproveche tanto como fuera posible este servicio incluido, en caso de ser seleccionado. Comuníquese con Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) para obtener más detalles.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS POR MEDICARE PARTE B?

Algunos medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por Medicare Parte B. Éstos pueden incluir los siguientes tipos de medicamentos, entre otros. Comuníquese con Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) para obtener más detalles.

- Ciertos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona con la instrucción apropiada (que podría ser el mismo paciente), bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres que cuentan con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetina alfa o Epogen®): inyectable si padece una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o transplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

- Factores de coagulación para personas con hemofilia: factores de coagulación administrados por el paciente, si padece de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables que se administren a consecuencia de una prestación médica.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia de medicamentos inmunosupresores para pacientes transplantados si el transplante fue cubierto por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador principal su cobertura de Medicare Parte A, en un establecimiento certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos oncológicos por vía oral: si el mismo medicamento se encuentra disponible en forma inyectable.
- Medicamentos contra las náuseas: si forma parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión a través de un equipamiento médico durable (DME).

¿DÓNDE ENCUENTRO INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CLASIFICACIONES DE LOS PLANES?

El programa Medicare clasifica el funcionamiento de los planes en distintas categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, evaluaciones hechas por los pacientes y servicio de atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas web en www.medicare.gov y luego seleccione "Compare Medicare Prescription Drug Plans" o "Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area" para comparar las clasificaciones de planes aplicadas a los planes de Medicare en su área. También puede llamarnos directamente y solicitar una copia de las clasificaciones de planes para este plan. Nuestro número de Servicio de atención al cliente aparece a continuación.

Comuníquese con Easy Choice Health Plan si desea más información acerca de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP).

Visítenos en <http://www.easychoicehealthplan.com> o llámenos:

Horario de atención al cliente: domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

- Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número gratuito (866) 999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD (800)735-2929).
- Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número local (866) 999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD (800)735-2929).

Si desea mayores detalles acerca de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, de lunes a domingo. O bien, visite www.medicare.gov en Internet.

Si tiene necesidades especiales, la presente publicación puede estar disponible en formatos o idiomas alternativos.



Easy Choice Plus Plan (HMO)

Easy Choice Best Plan (HMO)

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por interesarse en el Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO). Nuestro plan se proporciona por medio de EASY CHOICE HEALTH PLAN INC./Easy Choice Health Plan, una organización para el cuidado de la salud (HMO) de Medicare Advantage. Este Resumen de prestaciones le brinda información acerca de nuestro plan. Sin embargo, no todos los servicios que ofrecemos están incluidos así como tampoco no todas las limitaciones o excepciones. Si desea recibir una lista completa de nuestras prestaciones, comuníquese con Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) y solicite el Certificado de cobertura.

USTED TIENE OPCIONES PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diversas opciones de Medicare. Una de las opciones es Medicare Original (pago por servicio). Otra alternativa es un plan de salud de Medicare, como Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO). Otras opciones también están disponibles. Usted elige. Independientemente de su decisión, seguirá dentro del Programa Medicare.

Usted podrá afiliarse o desafiliarse de un plan sólo en determinadas ocasiones. Comuníquese con Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) al número que se encuentra al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas, de lunes a domingo.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR LAS OPCIONES?

Puede comparar Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) y Medicare Original utilizando este Resumen de prestaciones. Las tablas en esta publicación presentan algunas prestaciones importantes de salud. Para cada prestación, podrá ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre Medicare Original.

Nuestros afiliados reciben todas las prestaciones que ofrece Medicare Original. También ofrecemos más prestaciones, las mismas que pueden variar de un año a otro.

¿EN QUÉ ÁREAS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EASY CHOICE PLUS PLAN (HMO) Y EASY CHOICE BEST PLAN (HMO)?

El área de servicio de Easy Choice Plus Plan (HMO) comprende: el Condado de Orange, CA. Debe residir en esta área para afiliarse al plan.

El área de servicio de Easy Choice Best Plan (HMO) comprende: el Condado de Los Angeles, CA. Debe residir en esta área para afiliarse al plan.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿QUIÉNES CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA AFILIARSE A EASY CHOICE PLUS PLAN (HMO) Y EASY CHOICE BEST PLAN (HMO)?

Usted puede afiliarse a Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) si tiene derecho a Medicare Parte A y se encuentra afiliado a Medicare Parte B y vive en el área de servicio.

No obstante, las personas que presenten enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) por lo general no califican para la afiliación a los planes Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) a menos que hayan estado afiliados a nuestra organización, y continúen estándolo desde que el proceso de diálisis se haya iniciado.

¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) han formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede ser atendido por médicos que forman parte de nuestra red. Los proveedores de servicios médicos de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un Directorio de proveedores o visítenos en www.easychoicehealthplan.com para acceder a una lista actualizada. Nuestro número de Servicio de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VISITO A UN MÉDICO QUE NO SE ENCUENTRA EN LA RED?

Si elige visitar a un médico fuera de la red, deberá pagar tales servicios, salvo en situaciones limitadas (por ejemplo, atención médica de emergencia). Ni Medicare Original ni el plan asumirán el costo de estos servicios.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA SI ME AFILIO A ESTE PLAN?

Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) ha formado una red de farmacias. Debe utilizar una farmacia perteneciente a la red para recibir las prestaciones del plan. Si usted utiliza una farmacia fuera de la red, no pagaremos sus recetas, salvo en determinados casos. Las farmacias que forman parte de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en easychoicehealthplan.com. Nuestro número de Servicio de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B O PARTE D?

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) sí cubre los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B y Medicare Parte D.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA?

Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) utiliza un Formulario. El Formulario es una lista de medicamentos cubiertos en su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Podemos agregar, eliminar o modificar las limitaciones de la cobertura periódicamente para determinados medicamentos o modificar la cantidad que usted paga por un medicamento. Si efectuamos alguna modificación al Formulario que pudiera limitar la capacidad del afiliado de surtir su receta, notificaremos a los beneficiarios afectados antes de efectuar dicha modificación. Le enviaremos un Formulario o bien, puede ver nuestro Formulario completo en nuestro sitio Web en www.easychoicehealthplan.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro Formulario o que está sujeto a requisitos o limitaciones adicionales, es posible que pueda obtener un suministro temporal de dicho medicamento. Comuníquese con nosotros para solicitar una excepción o para cambiar por un medicamento alternativo que se encuentre en nuestro Formulario, con la ayuda de su médico. Llámenos para saber si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para recibir más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN PARA MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Es posible que pueda obtener ayuda adicional para asumir los costos y las primas de medicamentos de venta con receta así como con otros costos de Medicare. Si desea saber si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, de lunes a domingo y pueden visitar 'Programas for People with Limited Income and Resources' (Programas para Personas con Ingresos Limitados y Recursos) que se encuentra en la publicación Medicare You.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-800-325-0778 o.
- el número de su oficina estatal de Medicaid.

¿CUÁLES SON MIS GARANTÍAS CON ESTE PLAN?

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Todos los Planes Medicare Advantage deben permanecer en el programa durante un año completo por vez. Cada año, los planes deciden si continuarán por un año más. Aun si un Plan Medicare Advantage abandonara el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, deberán enviarle una carta con 90 días de anticipación, como mínimo, antes de que finalice su cobertura. En dicha carta se le informará las opciones de cobertura de Medicare disponibles en su área.

Como afiliado a Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) usted tiene derecho a solicitar la determinación de su organización, que incluye el derecho a solicitar una apelación en caso de que rechacemos la cobertura de un artículo o servicio y el derecho a presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización en caso de que desee le proporcionemos o costeemos un artículo o servicio que usted crea debemos cubrir. Si rechazamos la cobertura para su artículo o servicio, usted tiene derecho a apelar y pedirnos la revisión de nuestra decisión. Usted puede solicitar una apelación o determinación de cobertura rápida si creyera que la espera podría poner en peligro su vida o su salud o si afectara su habilidad de recuperar el control total de sus funciones. Si su médico realiza o está a favor de la solicitud rápida, debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de la red que no incluya la cobertura de un producto o servicio. Si su problema se trata acerca de la calidad de atención, también tiene el derecho de presentar una queja ante las Organizaciones de mejora de calidad (QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura para acceder a la información de contacto de estas organizaciones.

Como afiliado a Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) usted tiene derecho a solicitar la determinación de su cobertura, que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación en caso de que rechacemos la cobertura de un medicamento de venta con receta y el derecho a presentar una queja formal. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que, a su criterio, debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Usted puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debería obtener un medicamento no preferido a un menor costo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como por ejemplo, un límite sobre la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, comuníquese con nosotros antes de surtir su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que fundamente su solicitud de excepción. Si rechazamos la cobertura para su(s) medicamento(s) de venta con receta, tiene derecho a apelar y pedirnos la revisión de nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentar una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de la red que no incluya la cobertura de un medicamento de venta con receta. Si su problema se trata acerca de la calidad de atención, también tiene el derecho de presentar una

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

queja ante las Organizaciones de mejora de calidad (QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura para acceder a la información de contacto de estas organizaciones.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE FARMACOTERAPIA (MTM)?

Un programa de administración de farmacoterapia (MTM) es un servicio gratuito que podríamos ofrecerle. Es posible que sea invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas en cuanto a su salud y medicamentos. Puede elegir no participar pero se recomienda que aproveche tanto como fuera posible este servicio incluido, en caso de ser seleccionado. Comuníquese con Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) si desea obtener mayores detalles.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS POR MEDICARE PARTE B?

Algunos medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por Medicare Parte B. Éstos pueden incluir los siguientes tipos de medicamentos, entre otros. Comuníquese con Easy Choice Plus Plan (HMO), Easy Choice Best Plan (HMO) si desea obtener mayores detalles.

- Ciertos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona con la instrucción apropiada (que podría ser el mismo paciente), bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres que cuentan con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetina alfa o Epogen®): inyectable si padece una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o transplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para personas con hemofilia: factores de coagulación administrados por el paciente, si padece de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables que se administren a consecuencia de una prestación médica.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia de medicamentos inmunosupresores para pacientes transplantados si el transplante fue cubierto por Medicare o por un seguro privado que pagó como pagador principal su cobertura de Medicare Parte A, en un establecimiento certificado por Medicare.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

- Algunos medicamentos oncológicos por vía oral: si el mismo medicamento se encuentra disponible en forma inyectable.
- Medicamentos contra las náuseas: si forma parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión a través de un equipamiento médico durable (DME).

¿DÓNDE ENCUENTRO INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CLASIFICACIONES DE LOS PLANES?

El programa Medicare clasifica el funcionamiento de los planes en distintas categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, evaluaciones hechas por los pacientes y servicio de atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas web en www.medicare.gov y luego seleccione "Compare Medicare Prescription Drug Plans" o "Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area" para comparar las clasificaciones de planes aplicadas a los planes de Medicare en su área. También puede llamarnos directamente y solicitar una copia de las clasificaciones de planes para este plan. Nuestro número de Servicio de atención al cliente aparece a continuación.

Comuníquese con Easy Choice Health Plan si desea más información acerca de Easy Choice Plus Plan (HMO).

Visítenos en <http://www.easychoicethealthplan.com> o llámenos:

Horario de atención al cliente: domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico.

- Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número gratuito (866) 999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD (800)735-2929).
- Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número local (866) 999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD (800)735-2929).

Si desea mayores detalles acerca de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, de lunes a domingo. O bien, visite www.medicare.gov en Internet.

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene necesidades especiales, la presente publicación puede estar disponible en formatos o idiomas alternativos.

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
INFORMACIÓN IMPORTANTE	
<p>1. Información de la prima y otra información importante</p>	<p>El monto del costo compartido de Medicare puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>En el año 2010 la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y podría variar para el año 2011 y el monto deducible anual de la Parte B era \$0 o \$155 y podría cambiar en el 2011.</p> <p>Si un médico o prestador de servicios médicos no acepta asignaciones, sus costos a menudo serán mayores, lo que significa que usted pagará más.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Si desea mayores detalles acerca de las primas de la Parte B, según los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, pueden llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teléfonos de texto deben llamar al 1-800-325-0778.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General *Todos los costos compartidos en este resumen de prestaciones son según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>**Consulte con su plan acerca de los costos compartidos al recibir servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>Prima mensual del plan de \$32.30 además de su prima mensual de Medicare Parte B.*</p> <p>Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo compartido alguno.*</p> <p>Easy Choice Health Plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta \$58.00.</p> <p>Dentro de la red Límite de \$6,700 para los costos menores.</p> <p>Este límite incluye solamente a los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Prima mensual del plan de \$32.30 además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte B además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas mayores de las Partes B y D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Si desea mayores detalles acerca de las primas de las Partes B y D según los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, pueden llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teléfonos de texto deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo compartido alguno.</p> <p>Dentro de la red Límite de \$3,400 para los costos menores.</p> <p>Este límite incluye solamente a los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Prima mensual del plan de \$0 además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte B además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas mayores de las Partes B y D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Si desea mayores detalles acerca de las primas de las Partes B y D según los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, pueden llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teléfonos de texto deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin costo compartido alguno.</p> <p>Dentro de la red Límite de \$3,400 para los costos menores.</p> <p>Este límite incluye solamente a los servicios cubiertos por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>2. Selección del médico y hospital</p> <p>(Para obtener más información, vea Atención de emergencia - No.15 y Atención de urgencia – No.16.)</p>	<p>Puede visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNOS	
<p>3. Atención hospitalaria para pacientes internos</p> <p>(comprende el abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En el año 2010, las cantidades para cada periodo de prestaciones fueron \$0 o: 1 a 60 días: Deducible de \$1100* 61 a 90 días: \$275 por día* 91 a 150 días: \$550 por día de reserva de por vida* Estos montos variarán en el año 2011.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida sólo pueden utilizarse una vez.</p> <p>Un “periodo de prestaciones” comienza el día en que ingresa a un hospital o casa de reposo (SNF). Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de haber finalizado un periodo de prestaciones, comenzará un nuevo periodo de prestaciones. Deberá pagar el deducible por atención hospitalaria por cada periodo de prestaciones. La cantidad de periodos de prestaciones es ilimitada.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red. Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones)</p> <p>Área fuera de servicio El plan lo cubre mientras viaja dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red. Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones)</p> <p>Área fuera de servicio El plan lo cubre mientras viaja dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red. Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones)</p> <p>Área fuera de servicio El plan lo cubre mientras viaja dentro de los Estados Unidos.</p>
<p>Dentro de la red Cantidad ilimitada de días cubierta por el plan para cada periodo de prestaciones.</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>	<p>Dentro de la red Cantidad ilimitada de días cubierta por el plan para cada periodo de prestaciones.</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>	<p>Dentro de la red Cantidad ilimitada de días cubierta por el plan para cada periodo de prestaciones.</p> <p>Para internaciones hospitalarias cubiertas por Medicare:</p> <p>1 a 3 días: \$150 de copago por día.</p> <p>4 a 90 días: \$0 de copago por día.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales en el hospital.</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>4. Atención de salud mental para pacientes internos</p>	<p>Los mismos deducibles y copagos que la atención hospitalaria para pacientes internos (vea “Atención hospitalaria para pacientes internos” indicada anteriormente).</p> <p>Límite de 190 días de reserva de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>
<p>5. Atención en una casa de reposo (SNF) (en un establecimiento certificado por Medicare.</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada periodo de prestaciones después de una hospitalización cubierta de al menos 3 días son: 1 a 20 días: \$0 por día* 21 a 100 días: \$0 o \$137.50 por día* Estos montos variarán en el año 2011.</p> <p>100 días por cada periodo de prestaciones.</p> <p>Un “periodo de prestaciones” comienza el día en que ingresa a un hospital o SNF. Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de haber finalizado un periodo de prestaciones, comenzará un nuevo periodo de prestaciones. Deberá pagar el deducible por atención hospitalaria por cada periodo de prestaciones. La cantidad de periodos de prestaciones es ilimitada.</p>
<p>6. Servicios de atención médica a domicilio (incluye cuidado intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de asistencia en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Dentro de la red Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico en su vida.</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>	<p>Dentro de la red Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico en su vida.</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>	<p>Dentro de la red Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico en su vida.</p> <p>Para internaciones hospitalarias cubiertas por Medicare:</p> <p>1 a 3 días: \$150 de copago por día. 4 a 90 días: \$0 de copago por día.</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de prestaciones.</p> <p>No se requiere internación hospitalaria previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del SNF.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de prestaciones.</p> <p>No se requiere internación hospitalaria previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del SNF.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de prestaciones.</p> <p>No se requiere internación hospitalaria previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del SNF.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
7- Centro de cuidados paliativos	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y es posible que deba pagar parte del costo de cuidado de relevo para pacientes internos.</p> <p>Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>
ATENCIÓN AMBULATORIA	
8. Visitas a un consultorio médico	0% o 20% de coseguro

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>
<p>General Para obtener más información, consulte "Bienvenido a Medicare; y visita de control anual".</p> <p>Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para cada visita al médico de cabecera por las prestaciones cubiertas de Medicare.*</p> <p>\$0 copago para el costo de cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro del área y de la red.*</p> <p>\$0 de copago para cada visita al médico especialista por las prestaciones cubiertas de Medicare.*</p>	<p>General Para obtener más información, consulte "Bienvenido a Medicare; y visita de control anual".</p> <p>Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para cada visita al médico de cabecera por las prestaciones cubiertas de Medicare.</p> <p>\$0 copago para el costo de cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro del área y de la red.</p> <p>\$0 de copago para cada visita al médico especialista por las prestaciones cubiertas de Medicare.</p>	<p>General Para obtener más información, consulte "Bienvenido a Medicare; y visita de control anual".</p> <p>Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para cada visita al médico de cabecera por las prestaciones cubiertas de Medicare.</p> <p>\$0 copago para el costo de cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro del área y de la red.</p> <p>\$0 de copago para cada visita al médico especialista por las prestaciones cubiertas de Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>9. Servicios quiroprácticos</p>	<p>No cubre atención de rutina.</p> <p>0% o 20% de coseguro por manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) en caso de que la realice un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>
<p>10. Servicios de podiatría</p>	<p>No cubre atención de rutina.</p> <p>0% o 20% de coseguro para el cuidado del pie médicamente necesario, que incluye el cuidado de condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores.</p>
<p>11. Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>0% o 45% de coseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare son por manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) en caso de que la realice un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare son por manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) en caso de que la realice un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$10 de copago para las visitas cubiertas por Medicare.</p> <p>Las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare son por manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) en caso de que la realice un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare.</p> <p>- hasta 1 visita de rutina cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado médicamente necesario del pie.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de podiatría cubiertas por Medicare.</p> <p>- hasta 1 visita de rutina cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado médicamente necesario del pie.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de podiatría cubiertas por Medicare.</p> <p>- hasta 1 visita de rutina cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado médicamente necesario del pie.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de salud mental cubiertas por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas de salud mental cubiertas por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$10 de copago por visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
12. Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	0% o 20% de coseguro
13. Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios	<p>0% o 20% de coseguro para el médico</p> <p>Copago determinado de cargos del establecimiento para pacientes ambulatorios. El copago no debe exceder al deducible por atención hospitalaria de la Parte A.</p> <p>0% o 20% de coseguro para cargos del establecimiento por cirugías ambulatorias.</p>
14. Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	0% o 20% de coseguro

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas cubiertas por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las visitas cubiertas por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$10 de copago para las visitas grupales o individuales cubiertas por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por cada visita al establecimiento hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita al establecimiento hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita al establecimiento hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las prestaciones de ambulancia cubiertas por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para las prestaciones de ambulancia cubiertas por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$50 de copago para las prestaciones de ambulancia cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es admitido en un hospital, paga \$0 por prestaciones de ambulancia cubiertas por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>15. Atención de emergencia (puede dirigirse a cualquier sala de emergencias si cree de manera razonable que necesita atención de emergencia)</p>	<p>0% o 20% de coseguro para el médico</p> <p>Copago determinado para cargos del establecimiento para pacientes ambulatorios que recibieron atención de emergencia.</p> <p>El copago por atención de emergencia no debe exceder al deducible por atención hospitalaria de la Parte A.</p> <p>No debe pagar copago por uso de la sala de emergencias si es admitido en el hospital por la misma condición dentro de los 3 días de la visita a la sala de emergencias.</p> <p>NO está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto bajo determinadas circunstancias.</p>
<p>16. Atención de urgencia necesaria (NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)</p>	<p>0% or 20% coinsurance</p> <p>NO está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto bajo determinadas circunstancias.</p>
<p>17. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje, servicios de terapia respiratoria, servicios psicológicos/sociales y muchos más.</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General \$0 de copago para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.*</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$25,000 por año para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>General \$0 de copago para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$25,000 por año para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>General \$50 de copago para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es admitido en un hospital en un plazo menor a 24 horas por la misma condición, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$25,000 por año para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>
<p>General \$0 de copago para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.*</p>	<p>General \$0 de copago para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p>General \$0 de copago para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Pueden establecerse límites para la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla y lenguaje. Si así fuera, pueden establecerse excepciones a estos límites.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Pueden establecerse límites para la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla y lenguaje. Si así fuera, pueden establecerse excepciones a estos límites.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Pueden establecerse límites para la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla y lenguaje. Si así fuera, pueden establecerse excepciones a estos límites.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia física o del habla y lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
<p>18. Equipamiento médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	0% o 20% de coseguro
<p>19. Dispositivos protésicos (incluyen aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)</p>	0% o 20% de coseguro
<p>20. Capacitación para autocontrol de diabetes, terapia tradicional y suministros (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, exámenes de detección, capacitación para autoadministración, examen de retina/prueba de glaucoma y examen al pie/calzado suave y terapéutico</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p> <p>La terapia nutricional es para personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o que no fueron trasplantadas de riñón) cuando hayan sido canalizadas por un médico. Estos servicios pueden ser administrados por un dietista registrado o pueden incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Entre 0% y 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Entre 0% y 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la capacitación para autocontrol de la diabetes.*</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por diabetes.*</p> <p>\$0 de copago para suministros para la diabetes.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la capacitación para autocontrol de la diabetes.</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por diabetes.</p> <p>\$0 de copago para suministros para la diabetes.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la capacitación para autocontrol de la diabetes.</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por diabetes.</p> <p>\$0 de copago para suministros para la diabetes.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>0% o 20% de coseguro para pruebas de diagnóstico y radiografías</p> <p>\$0 de copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio médicamente necesarios que son ordenados por su médico tratante cuando son de un laboratorio certificado por la Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio para diagnóstico ayudan a su médico a diagnosticar o descartar una supuesta enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de detección de rutina, como por ejemplo, el de colesterol.</p>
SERVICIOS PREVENTIVOS	
<p>22. Medición de masa ósea</p> <p>(para personas con Medicare que se encuentran en riesgo)</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Cubiertos una vez cada 24 meses (con mayor frecuencia si son médicamente necesario) en caso de que reúna determinadas condiciones médicas.</p>
<p>23. Exámenes de detección de cáncer colorrectal</p> <p>(para personas con Medicare mayores de 50 años)</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para colonoscopia o sigmoidoscopia flexible.</p> <p>Cubiertos cuando se encuentra en riesgo o si es mayor de 50 años.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para lo siguiente, cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio* - procedimientos y pruebas de diagnóstico - radiografías* - servicios de radiología de diagnóstico (no incluye radiografías)* - servicios de radiología terapéutica 	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para lo siguiente, cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio - procedimientos y pruebas de diagnóstico - radiografías - servicios de radiología de diagnóstico (no incluye radiografías) - servicios de radiología terapéutica 	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para lo siguiente, cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio - procedimientos y pruebas de diagnóstico -0% del costo de las radiografías cubiertas por Medicare. - 0% del costo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (no incluye radiografías). -20% del costo de los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>	<p>Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>24. Vacunaciones</p> <p>(vacuna antigripal, vacuna contra la hepatitis B – para personas con Medicare que se encuentran en riesgo, vacuna contra la neumonía)</p>	<p>\$0 de copago para las vacunas antigripales y contra la neumonía y la hepatitis B.</p> <p>Es posible que necesite ser vacunado contra la neumonía una sola vez en toda su vida. Comuníquese con su médico para obtener más información.</p>
<p>25. Mamografías (detección anual)</p> <p>(para mujeres con Medicare mayores de 40 años)</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible.</p> <p>No se necesita que sea canalizada.</p> <p>Cubiertos una vez al año para mujeres con Medicare mayores de 40 años. Una mamografía de referencia cubierta para mujeres con Medicare entre 35 y 39 años.</p>
<p>26. Papanicolau y exámenes pélvicos</p> <p>(para mujeres con Medicare)</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen de papanicolau.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y clínicos de mamas.</p> <p>Cubiertos una vez cada 2 años. Cubiertos una vez al año para mujeres con Medicare que se encuentran en riesgo.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p> <p>\$0 de copago para la vacuna contra la hepatitis B.*</p> <p>No se necesita que sea canalizado para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p> <p>\$0 de copago para la vacuna contra la hepatitis B.</p> <p>No se necesita que sea canalizado para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p> <p>\$0 de copago para la vacuna contra la hepatitis B.</p> <p>No se necesita que sea canalizado para las vacunas antigripales y contra la neumonía.</p>
<p>Dentro de la red \$0 de copago para mamografías cubiertas por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para mamografías cubiertas por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para mamografías cubiertas por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>27. Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>(para hombres con Medicare mayores de 50 años)</p>	<p>0% o 20% de coseguro para el examen de tacto rectal.</p> <p>\$0 para la prueba del antígeno prostático específico (PSA); 0% o 20% de coseguro para otros servicios relacionados.</p> <p>Cubiertos una vez por año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años.</p>
<p>28. Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>0% o 20% de coseguro para diálisis renal.</p> <p>0% o 20% de coseguro para terapia nutricional por enfermedad renal en etapa terminal.</p> <p>La terapia nutricional es para personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o que no fueron trasplantadas de riñón) cuando hayan sido canalizadas por un médico. Estos servicios pueden ser administrados por un dietista registrado o pueden incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>
<p>29. Medicamentos de venta con receta</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>\$0 de copago para detección de cáncer de próstata cubierto por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para detección de cáncer de próstata cubierto por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para detección de cáncer de próstata cubierto por Medicare.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para diálisis renal*</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por enfermedad renal en etapa terminal.*</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para diálisis renal.</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por enfermedad renal en etapa terminal.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 20% del costo de la diálisis renal</p> <p>\$0 de copago para terapia nutricional por enfermedad renal en etapa terminal.</p>
<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General \$0 de copago para los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>\$0 de deducible anual para los medicamentos de venta con receta cubiertos por la Parte B.*</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General \$0 de copago para los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p>General Este plan usa un Formulario. El plan le enviará el Formulario. También puede ver el Formulario en easychoicehealthplan.com en Internet.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General 20% del costo para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p>General Este plan usa un Formulario. El plan le enviará el Formulario. También puede ver el Formulario en</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>\$0 de copago para los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p>General</p> <p>Este plan usa un Formulario. El plan le enviará el Formulario. También puede ver el Formulario en easychoicehealthplan.com en Internet.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas). <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el DC).</p> <p>Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia dentro de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la aseguradora</p> <p>Es posible que el plan requiera que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que se cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>La cantidad de algunos medicamentos es limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de Easy Choice Plus Plan (HMO) para determinados medicamentos</p>	<p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas). <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el DC).</p> <p>Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia dentro de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la aseguradora</p> <p>Es posible que el plan requiera que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que se cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>La cantidad de algunos medicamentos es limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de Easy Choice Plus Plan (HMO) para determinados medicamentos</p>	<p>easychoicehealthplan.com en Internet.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas). <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia dentro de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la aseguradora.</p> <p>Es posible que el plan requiera que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que se cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>La cantidad de algunos medicamentos es limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de Easy Choice Best Plan (HMO) para determinados medicamentos.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted, el plan y Medicare.</p> <p>Es posible que el plan requiera que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que se cubra otro medicamento para la misma condición.</p> <p>La cantidad de algunos medicamentos es limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) para determinados medicamentos.</p> <p>El plan cubrirá determinados medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de la utilización. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos de venta con receta y cumplen la misma función. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Debe ir a determinadas farmacias para una muy limitada cantidad de medicamentos, debido a las necesidades de manipulación especial, coordinación del proveedor o conocimiento del paciente con respecto a estos medicamentos que la mayoría de las farmacias de la red no pueden cumplir. Estos medicamentos se encuentran en el sitio web, en el Formulario y en el material impreso; también en el Buscador de planes de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto de costo compartido para dicho medicamento, pagará el costo real y no el monto del costo compartido. Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Plus Plan (HMO) autoriza la excepción, pagará: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p>	<p>El plan cubrirá determinados medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de la utilización. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos de venta con receta y cumplen la misma función. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Debe ir a determinadas farmacias para una muy limitada cantidad de medicamentos, debido a las necesidades de manipulación especial, coordinación del proveedor o conocimiento del paciente con respecto a que la mayoría de las farmacias de la red no pueden cumplir.</p> <p>Estos medicamentos se encuentran en el sitio web, en el Formulario y en el material impreso; también en el Buscador de planes de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto de costo compartido para dicho medicamento, pagará el costo real y no el monto del costo compartido. Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Best Plan (HMO) autoriza la excepción, pagará: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p>	<p>El plan cubrirá determinados medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de la utilización. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos de venta con receta y cumplen la misma función. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Debe ir a determinadas farmacias para una muy limitada cantidad de medicamentos, debido a las necesidades de manipulación especial, coordinación del proveedor o conocimiento del paciente con respecto a que la mayoría de las farmacias de la red no pueden cumplir.</p> <p>Estos medicamentos se encuentran en el sitio web, en el Formulario y en el material impreso; también en el Buscador de planes de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto de costo compartido para dicho medicamento, pagará el costo real y no el monto del costo compartido. Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Best Plan (HMO) autoriza la excepción, pagará: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>encuentran en el sitio web y en el material impreso; también en el Buscador de planes de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov. Si el costo real de un medicamento es menor que el monto de costo compartido para dicho medicamento, pagará el costo real y no el monto del costo compartido.</p> <p>Formulario para un medicamento y Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) autoriza la excepción, pagará: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Los medicamentos suplementarios no se toman en cuenta para calcular sus costos menores por medicamentos.</p> <p>Cobertura inicial Según sus ingresos y condición institucional, Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) paga lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluye medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> -un copago de \$0 o -un copago de \$1.10 o -un copago de \$2.50 	<p>El costo compartido por el surtido parcial de una receta nueva será prorrateado tomando como referencia el costo compartido del surtido total de la misma receta.</p> <p>Dentro de la red Deducible de \$0 en todos los medicamentos excepto los de nivel I: medicamentos genéricos preferidos.</p> <p>Los medicamentos suplementarios no se toman en cuenta para calcular sus costos menores por medicamentos.</p> <p>Cobertura inicial Una vez que pague el deducible anual, pagará lo siguiente hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen \$2,710:</p> <p>Farmacia minorista Nivel I: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$0 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel 	<p>El costo compartido por el surtido parcial de una receta nueva será prorrateado tomando como referencia el costo compartido del surtido total de la misma receta.</p> <p>Dentro de la red \$0 de deducible.</p> <p>Los medicamentos suplementarios no se toman en cuenta para calcular sus costos menores por medicamentos.</p> <p>Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que los costos de medicamentos totales anuales alcancen: \$2,840:</p> <p>Farmacia minorista Nivel I: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$10 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$60 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Para el resto de los medicamentos: -un copago de \$0 o -un copago de \$3.30 o -un copago de \$6.30</p> <p>Cobertura catastrófica Una vez que los costos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen los \$4,550, pagará \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad mientras viaja estando fuera del área de servicio del plan, donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar más que la cantidad de costo compartido habitual si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, posiblemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia y presentar un comprobante para que Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) le reembolse el monto.</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red Según sus ingresos y condición institucional, Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p>	<p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p>	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos - \$90 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$180 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$5 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - \$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Para los medicamentos genéricos comprados fuera de la red (que incluyen medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> -un copago de \$0 o -un copago de \$1.10 o -un copago de \$2.50 <p>Para el resto de los medicamentos comprados fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> -un copago de \$0 o -un copago de \$3.30 o -un copago de \$6.30 <p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p> <p>Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,550, se le reembolsará totalmente el monto por medicamentos comprados fuera de la red.</p>	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$0 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel 	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$90 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$5 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$10 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$60 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$90 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Brecha de cobertura adicional Usted paga lo siguiente:</p> <p>El plan cubre varios Formulario de medicamentos genéricos (entre 65% y 99%) a través de la brecha de cobertura.</p> <p>Farmacia minorista Nivel I: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>- \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>- \$0 de copago para suministro por tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>	<p>- \$180 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Brecha de cobertura adicional Usted paga lo siguiente:</p> <p>El plan cubre varios Formulario de medicamentos genéricos (entre 65% y 99%) a través de la brecha de cobertura.</p> <p>Farmacia minorista Nivel I: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>- \$5 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>- \$10 de copago para suministro por tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (30 días) cubiertos en este nivel - 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por tres meses (90 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$0 de copago para suministro por un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (31 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Pedidos por correo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - \$30 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel - \$60 de copago para suministro de medicamentos seleccionados por tres meses (90 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$5 de copago para suministro por un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos \$30 de copago para suministro por un mes (31 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Pedidos por correo Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos -\$5 de copago para suministro por un mes de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>- \$0 de copago para suministro por tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (30 días) cubiertos en este Nivel</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por tres meses (90 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos durante la brecha de cobertura.</p> <p>Una vez que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,710, recibirá la cobertura limitada del plan para determinados medicamentos. Además recibirá un descuento sobre medicamentos de marca y por lo general no pagará más del 93% de los costos del plan para medicamentos genéricos, hasta que sus costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p>	<p>- \$10 de copago para suministro por tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <p>- \$30 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>- \$60 de copago para suministro de medicamentos seleccionados por tres meses (90 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos durante la brecha de cobertura.</p> <p>Una vez que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,840, recibirá la cobertura limitada del plan para determinados medicamentos. Además, recibirá un descuento sobre medicamentos de marca y por lo general no pagará más del 93% de los costos del plan para medicamentos genéricos, hasta que sus costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>Cobertura catastrófica Una vez que los costos menores anuales alcancen \$4,550 pagará lo que sea mayor: - Un copago de \$2.50 para genéricos (incluye medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.30 por cualquier otro medicamento o 5% de coseguro.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad mientras viaja estando fuera del área de servicio del plan, donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar más que la cantidad de costo compartido habitual si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, posiblemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia y presentar un comprobante para que Easy Choice Plus Plan (HMO) le reembolse el monto.</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red Una vez que pague el deducible anual, se le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos menos lo siguiente para medicamentos comprados fuera de la red hasta que los gastos totales anuales alcancen \$2,710:</p>	<p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad mientras viaja estando fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Además, es posible que tenga que pagar más que la cantidad de costo compartido habitual si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, posiblemente tenga que pagar el cargo total de la farmacia y presentar un comprobante para que Easy Choice Best Plan (HMO) le reembolse el monto.</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red Se le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos comprados menos lo siguiente para medicamentos adquiridos fuera de la red de farmacias hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen \$2,840:</p> <p>Nivel I: Medicamentos genéricos preferidos - \$5 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Brecha de cobertura adicional fuera de la red Se le reembolsará hasta el costo total de estos medicamentos comprados fuera de la red menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos - \$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos - \$90 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Brecha de cobertura adicional fuera de la red Se le reembolsará hasta el costo total de estos medicamentos comprados fuera de la red menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos - \$5 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>- \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <p>- 25% de coseguro para suministro de medicamentos seleccionados por un mes (30 días) cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos Se le reembolsará hasta el 7% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados Se le reembolsará hasta el 7% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos</p> <p>- \$30 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos Se le reembolsará hasta el 7% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos especializados Se le reembolsará hasta el 7% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no se encuentran cubiertos por Medicare Original. Puede agregar la cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original afiliándose al Plan de medicamentos de venta con receta o bien, puede recibir toda la cobertura de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos de venta con receta afiliándose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezca cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
	<p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera de la red Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos su costo compartido, lo que sea mayor a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$2.50 para genéricos (incluye medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.30 para el resto de los medicamentos o 5% de coseguro. 	<p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$4,550.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera de la red Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento comprado fuera de la red menos su costo compartido, lo que sea mayor a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$2.50 para genéricos (incluye medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.30 para el resto de los medicamentos o 5% de coseguro.

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
30. Servicios dentales	No cubre servicios dentales preventivos (como la limpieza).
31. Servicios auditivos	No cubre exámenes auditivos de rutina ni audifonos. 0% o 20% de coseguro para exámenes auditivos de diagnóstico.

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Dentro de la red \$0 de copago para las prestaciones dentales cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago para las siguientes prestaciones dentales preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen bucal por año. - hasta 1 limpieza por año. - hasta 1 tratamiento con flúor por año. - Hasta 1 radiografía dental por año. <p>Límite de cobertura del plan de \$1,500 para prestaciones dentales preventivas por año.</p> <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$10,000 para prestaciones dentales integrales por año.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para las prestaciones dentales cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para las siguientes prestaciones dentales preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen bucal por año. - hasta 1 limpieza cada seis meses. - hasta 1 tratamiento con flúor por año. - Hasta 1 radiografía dental por año. <p>Límite de cobertura del plan de \$1,500 para prestaciones dentales preventivas por año.</p> <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$10,000 para prestaciones dentales integrales por año.</p>	<p>Dentro de la red De \$0 a \$30 de copago [o de 0% a 50% del costo] para prestaciones dentales cubiertas por Medicare.</p> <p>\$10 de copago para una visita a consultorio que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen bucal por año. - hasta 1 limpieza cada seis meses. - hasta 1 tratamiento con flúor por año. - hasta 1 radiografía dental por año. <p>Se puede aplicar un costo compartido extra de \$10 por visita al consultorio.</p> <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare*</p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta una evaluación auditiva de rutina por año - hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año <p>\$0 de copago para audífonos.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta una evaluación auditiva de rutina por año - hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año <p>\$0 de copago para hasta 1 audífono por año</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta una evaluación auditiva de rutina por año - hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año <p>20% del costo para hasta 1 audífono por año.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Servicios auditivos	<p>No cubre exámenes auditivos de rutina ni audífonos.</p> <p>0% o 20% de coseguro para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>
32. Servicios oftalmológicos	<p>0% o 20% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p>No cubre exámenes de la vista de rutina ni anteojos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>Cubre detección anual de glaucoma para las personas que se encuentran en riesgo.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
Límite de cobertura del plan de \$750 para audífonos por año.	Límite de cobertura del plan de \$750 para audífonos por año.	Límite de cobertura del plan de \$500 para audífonos por año.
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos*</p> <p>- hasta 1 examen de la vista de rutina por año.</p> <p>\$0 de copago para:</p> <p>- un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas*</p> <p>- hasta 1 par de anteojos cada dos años.</p> <p>- hasta 1 par de lentes de contacto cada dos años.</p> <p>- hasta 1 par de lentes cada dos años.</p> <p>- hasta 1 marco cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para lentes cada dos años.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos</p> <p>- hasta 1 examen de la vista de rutina por año.</p> <p>\$0 de copago para:</p> <p>- un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</p> <p>- hasta 1 par de anteojos cada dos años.</p> <p>- hasta 1 par de lentes de contacto cada dos años.</p> <p>- hasta 1 par de lentes por año</p> <p>- hasta 1 marco cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para lentes cada dos años.</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>- \$0 a \$10 de copago para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p>De \$0 a \$10 de copago para hasta 1 examen de la vista de rutina por año</p> <p>\$25 de copago para hasta 1 par de anteojos cada dos años.</p> <p>\$25 de copago para hasta 1 par de lentes de contacto cada dos años.</p> <p>\$25 de copago para hasta 1 par de lentes cada dos años.</p> <p>\$25 de copago para hasta 1 marco cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$75 para lentes cada dos años.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
<p>33. Bienvenido a Medicare; y visita de control anual</p>	<p>Al afiliarse a Medicare Parte B, Durante los primeros 12 meses de la cobertura Parte B, puede acceder al examen Bienvenido a Medicare o a una visita de control anual.</p> <p>Después haber transcurrido los 12 primeros meses, puede acceder a una visita de control anual cada 12 meses.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen Bienvenido a Medicare o la visita de control anual.</p> <p>El examen Bienvenido a Medicare no incluye exámenes de laboratorio.</p>
<p>34. Educación sobre salud/estado físico</p>	<p>Servicios para dejar de fumar: se cubren si son ordenados por su médico. Incluyen dos sesiones de terapia dentro de un periodo de 12 meses si le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaquismo o si está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco. Cada sesión de terapia incluye hasta cuatro visitas en persona. Se paga coseguro y se aplican deducibles de la Parte B.</p> <p>\$0 de copago para la detección de HIV, pero por lo general se paga 0% o 20% del monto autorizado por Medicare para la visita a consultorio. Los exámenes de detección de HIV están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse, incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>Dentro de la red \$0 de copago para exámenes de rutina.</p> <p>\$0 de copago para el primer examen físico preventivo cubierto por Medicare y las visitas de control anuales.*</p> <p>Limitado a 1 examen por año.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen por año.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen por año.</p>
<p>General Visite el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos de venta libre cubiertos. Los artículos de venta libre sólo pueden ser adquiridos para el afiliado. Comuníquese con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre las siguientes prestaciones de educación sobre salud/estado físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membresía para gimnasios/clases de educación física <p>\$0 de copago para cada sesión para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago para cada examen de detección de HIV cubierto por Medicare.*</p>	<p>General Visite el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos de venta libre cubiertos. Los artículos de venta libre sólo pueden ser adquiridos para el afiliado. Comuníquese con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre las siguientes prestaciones de educación sobre salud/estado físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membresía para gimnasios/clases de educación física <p>\$0 de copago para cada sesión para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada examen de detección de HIV cubierto por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización. Visite el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos de venta libre cubiertos. Los artículos de venta libre sólo pueden ser adquiridos para el afiliado. Comuníquese con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre las siguientes prestaciones de educación sobre salud/estado físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membresía para gimnasios/clases de educación física <p>\$0 de copago para cada sesión para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada examen de detección de HIV cubierto por Medicare.</p>

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIONE	MEDICARE ORIGINAL
Educación sobre salud/estado físico	
Transporte (rutina)	No se cubre.
Acupuntura	No se cubre.

SECCIÓN II- RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
Los exámenes de detección de HIV están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse, incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.	Los exámenes de detección de HIV están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse, incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.	Los exámenes de detección de HIV están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse, incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.
Dentro de la red \$0 de copago para cada viaje de ida a un lugar aprobado por el plan.	Dentro de la red \$0 de copago para cada viaje de ida y vuelta a un lugar aprobado por el plan.	Dentro de la red \$0 de copago para hasta 50 viajes de ida a un lugar aprobado por el plan, por año.
Dentro de la red \$0 de copago para hasta 12 visitas por año.	Dentro de la red \$0 de copago para hasta 12 visitas por año.	Dentro de la red \$10 de copago por visita para hasta 12 visitas por año.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estado de California Programa Medicaid (Medi-Cal) Prestaciones cubiertas para beneficiarios con elegibilidad doble (Medicare y Medicaid)

Las personas que cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid cuentan con una **elegibilidad doble**. Con una elegibilidad doble, puede acceder a prestaciones que ofrecen el programa federal Medicare y Medicaid, el programa administrado por el estado. El Medicare Original y las prestaciones suplementarias que usted reciba como afiliado a este plan están incluidas en la Sección II. Su estado determinará el tipo de prestaciones de Medicaid que usted reciba y podrían variar según sus ingresos y recursos. Gracias a Medicaid, algunas personas con elegibilidad doble no necesitan pagar por algunos costos de Medicare.

La siguiente tabla describe las prestaciones de Medicaid a las que podría acceder según el programa de Medicaid en su estado, siempre y cuando califique para recibir todas las prestaciones de Medicaid. La tabla también explica si es que una prestación similar está disponible en nuestro plan. En la mayoría de los casos, las prestaciones incluidas a continuación no están cubiertas por el programa Medicare tradicional. Es importante comprender que las prestaciones de Medicaid podrían variar según su nivel de ingresos y otros estándares. Asimismo, sus prestaciones de Medicaid pueden cambiar en el transcurso del año. Dependiendo de su estado actual, es posible que no cumpla los requisitos para acceder a todas las prestaciones de Medicaid. No obstante, mientras siga afiliado a nuestro plan podrá acceder a las prestaciones del plan sin tomar en cuenta su estado en Medicaid.

Comuníquese con el programa Medicaid que se encuentre en su estado al 1-800-541-5555 para obtener la información más actualizada y exacta respecto a su elegibilidad y prestaciones.

“Los servicios descritos a continuación están disponibles únicamente a aquellos afiliados a SNP elegibles por Medicaid para recibir servicios médicos”.

INFORMACIÓN ADICIONAL

RESUMEN DE PRESTACIONES

PARA CONTRATO H5087, PLAN 001, 002, 005

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
1. Servicios de hospitalización	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Atención hospitalaria para pacientes internos” para obtener más información.
2. Servicios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
3. Servicios de salud en zonas rurales	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
4. Servicios de centros de salud federalmente calificados	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
5. Servicios de laboratorio	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y de radiología” si desea obtener más información.
6. Radiografías	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y de radiología” si desea obtener más información.
7. Casa de reposo para pacientes mayores de 21 años	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Casa de reposo” para obtener más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
8. Centro de cuidados pediátricos para menores de 21 años (detección temprana y periódica, diagnóstico y servicios de tratamiento suplementarios)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
9. Servicios de planificación familiar y suministros	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
10. Servicios médicos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Visitas a un consultorio médico” para obtener más información.
11. Servicios médicos y dentales	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.
12. Servicios oftalmológicos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios oftalmológicos” para obtener más información.
13. Servicios de podología*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de podiatría” para obtener más información.
14. Servicios de optometría*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios oftalmológicos” para obtener más información.
15. Servicios quiroprácticos*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios quiroprácticos” para obtener más información.
16. Servicios de psicología	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Atención de salud mental para pacientes internos” para obtener más información.
17. Servicios de anestesia	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
18. Servicios de fabricación óptica*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
19. Suministros médicos (que incluyen cremas para la incontinencia y productos de limpieza) (*sólo cremas y limpiadores)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios y suministros médicos para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
20. Equipamiento médico duradero	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Equipamiento médico duradero” para obtener más información.
21. Audífonos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios auditivos” para obtener más información.
22. Fórmula enteral	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
23. Servicios de acupuntura*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Acupuntura” para obtener más información.
24. Servicios de parteras certificadas	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
25. Servicios de atención médica a domicilio a través de agencias especializadas (que incluyen servicios de enfermería, terapia física y ocupacional, terapia del habla y audiología, cuidados intermitentes, suministros médicos, equipamiento y aparatos)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Atención médica a domicilio” para obtener más información.
26. Terapia física y otros servicios	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
27. Centros de rehabilitación	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
28. Servicios privados de enfermería (sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
29. Clínicas (clínica organizadas ambulatorias, servicios de salud para indígenas, centros de maternidad alternativos, centros de cirugía ambulatoria)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
30. Servicios dentales*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.
31. Terapia ocupacional	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
32. Terapia del habla y lenguaje*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
33. Servicios de audiólogía*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios auditivos” para obtener más información.
34. Servicios de farmacia y medicamentos bajo receta médica	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Medicamentos de venta con receta” para obtener más información.
35. Dentaduras postizas*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
36. Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos) ojos artificiales	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Dispositivos protésicos” para obtener más información.
37. Lentes, otros aparatos para los ojos*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios oftalmológicos” para obtener más información.
38. Programa integral de servicios perinatales (servicios preventivos)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.
39. Centro diurno de salud para adultos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
40. Servicios de diálisis crónica	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Enfermedad renal en etapa terminal” para obtener más información.
41. Servicios de rehabilitación (ADHC, diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, centros de rehabilitación para la salud mental, centros independientes de rehabilitación de Medi-Cal)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Servicios de atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
42. Institutos de enfermedades mentales (para pacientes menores de 21 años y mayores de 65, que incluyen atención psiquiátrica para pacientes internos)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
43. Centro de cuidados intermedios	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
44. Enfermera obstétrica	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
45. Centro de cuidados paliativos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Centro de cuidados paliativos” para obtener más información.
46. Servicios relacionados con la tuberculosis	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
47. Cuidados respiratorios para pacientes con dependencia de ventiladores	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
48. Enfermero profesional de medicina familiar	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
49. Atención a domicilio y a la comunidad para los adultos mayores discapacitados (sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
50. Programa de vivienda con el respaldo de la comunidad (sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
51. Servicios de atención médica personalizada	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
52. Hospital de atención primaria en zonas rurales	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
53. Centros de salud no médicos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
54. Servicios de hospitalización de emergencia	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Atención de emergencia” para obtener más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
55. Transporte (el estado proporciona transporte para casos que sean emergencias y para los que no. Cumple los requisitos federales para garantizar el transporte de servicios médicamente necesarios)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Transporte” para obtener más información.
56. Servicios para mujeres gestantes que reciben tratamiento para una condición que podría afectar a la madre y/o al feto (no se establece específicamente como prestación, pero es una provisión ordenada por regulaciones federales)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
57. Servicios de terapia matrimonial (detección temprana y periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento, sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
58. Servicios de asistencia social clínica profesional (detección temprana y periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento, sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
59. Administración de casos (detección temprana y periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento, sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
60. Servicios privados de enfermería (detección temprana y periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento, sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
61. Servicios individuales de enfermería (detección temprana y periódica, servicios de diagnóstico y tratamiento, sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.
62. Servicios no médicos (sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No cubre más allá de Medicare Original.

*La legislación recientemente promulgada agregó la Sección 14131-10 del Código W&I con el fin de excluir de la cobertura varias categorías de prestaciones del programa Medi-Cal, lo que será implementado el 1 de julio de 2009. La página web del Departamento de Salud del Estado de California contiene mas información acerca de los servicios o prestaciones reducidas que se han visto afectadas por esta nueva legislación y puede acceder a ella en www.dhcs.ca.gov o en la página web de Medi-Cal en www.medi-cal.ca.gov.



Servicio de Atención al Cliente

Teléfono: 1-866-999-3945, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo

TTY: 1-800-735-2929

Visite nuestro sitio web: www.EasyChoiceHealthPlan.com

Easy Choice Health Plan HMO es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. Para poder inscribirse, el beneficiario debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. La información brindada en este documento es un resumen de las prestaciones y no una descripción exhaustiva de ellas. Para obtener más información, comuníquese con el Plan. Los beneficiarios deben adquirir los medicamentos de venta con receta en las farmacias de la red, excepto en circunstancias no habituales. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones en cuanto a la cantidad. Nuestra red cuenta con otros médicos, proveedores y farmacias. El afiliado debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de ayuda adicional que reciba el beneficiario. Comuníquese con el Plan para obtener más información.

Usted puede ser elegible para recibir ayuda adicional para el pago de las primas y los costos de sus medicamentos de venta con receta. Si desea saber si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- *Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de teléfonos de texto (TTY), llame al 1-877-486-2048. Horario de atención: las 24 horas, de lunes a domingo.*
- *Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213. Horario de atención: lunes a viernes de 7.00 a. m. a 7.00 p. m. Si es usuario de teléfonos de texto (TTY), llame al 1-800-325-0778.*
- *Oficina estatal de Medicaid.*

Esta información se encuentra disponible en otros formatos e idiomas. Si necesita información sobre el plan en otro formato o en otro idioma, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-999-3945 de lunes a domingo de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Esta información se encuentra disponible en otros formatos e idiomas, incluido el español. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-999-3945 si necesita información sobre el plan en otro formato o en otro idioma.

Al Servicio de Los Angeles y Orange County, CA

Servicio de Atención al Cliente:

1-866-999-3945

Lunes a domingo de 8.00 a. m a 8.00 p. m.

TTY/TDD: 1-800-735-2929



DENTAL



COBERTURA DE MEDICINAS



TRANSPORTE



COBERTURA MUNDIAL

Para obtener más información, visite:

www.EasyChoiceHealthPlan.com