



2012

Resumen de prestaciones

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

H5087_2012 SB 1 SPA
CMS Approved (09/29/2011)



Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

Gracias por interesarse en Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP). Nuestro plan se ofrece a través de EASY CHOICE HEALTH PLAN INC./Easy Choice Health Plan, un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de la organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, 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 menciona todos los servicios que ofrecemos así como tampoco indica 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). También hay otras opciones 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 desafilarse 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 el plan Medicare Original utilizando este Resumen de prestaciones. Las tablas en este cuadernillo presentan algunas prestaciones importantes de salud. Para cada prestación, podrá ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre Medicare Original.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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

¿EN QUÉ ÁREAS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)?

El área del servicio para este plan incluye: el Condado de Los Ángeles, CA. Debe residir en una de estas áreas 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.

Usted puede solicitar el directorio de proveedores actual. Para obtener una lista actualizada, visítenos en easychoicehealthplan.com. 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 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

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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 VADEMÉCUM DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA?

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) usa un vademécum. El vademécum 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 vademécum que pudiera limitar la capacidad del afiliado de surtir su receta, notificaremos a los beneficiarios afectados antes de efectuar dicha modificación. Le enviaremos un vademécum. También puede ver nuestro vademécum completo en nuestro sitio web, easychoicehealthplan.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro vademécum 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 cambio por un medicamento alternativo que se encuentre en nuestro vademécum, 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 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 'Programs for People with Limited Income and Resources' (Programas para Personas con Ingresos y Recursos Limitados) 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 u

* Oficina estatal de Medicaid.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

¿CUÁLES SON MIS GARANTÍAS CON ESTE PLAN?

Todos los Planes Medicare Advantage deben permanecer en el programa durante un año calendario completo por vez. Las prestaciones y el costo compartido pueden variar de un año calendario al siguiente. Cada año, los planes deciden si continuarán participando con Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (el área geográfica donde el plan acepta afiliados) o elegir continuar solo en determinadas áreas. Asimismo, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan. Aun si su Plan Medicare Advantage abandonara el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar durante otro año calendario, deberán enviarle una carta con 90 días de anticipación, como mínimo, antes de que finalice su cobertura. En dicha carta se le informará sobre 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 desee que le proporcionemos o costeemos un artículo o servicio que usted crea debemos cubrir. Si rechazamos la cobertura para su artículo o servicio, tiene derecho a apelar y pedirnos la revisión de nuestra decisión. 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 algún proveedor 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 (Quality Improvement Organization, QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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 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

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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 (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. 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.
- 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 con transplante si el mismo 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 PRESTACIONES

-- 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 equipo médico durable (Durable medical equipment, 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 de www.medicare.gov, seleccionar “Health and Drug Plans”, y luego seleccionar “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.

Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número gratuito (866)-999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800)-735-2929).

Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al (866)-999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800)-735-2929).

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)

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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)

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.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como por ejemplo en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en otros idiomas. Para obtener información adicional, comuníquese con el servicio de atención al cliente al número arriba mencionado.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea español. Para obtener más información, llame al servicio de atención al cliente al número de teléfono que aparece arriba.



Easy Choice Plus Plan (HMO)

Easy Choice Best Plan (HMO)

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

Gracias por interesarse en el Easy Choice Plus Plan (HMO)/Easy Choice Best Plan (HMO). Nuestro plan se ofrece a través de EASY CHOICE HEALTH PLAN INC. Easy Choice Health Plan, una organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage. El presente Resumen de prestaciones le brinda información acerca de nuestro plan. Sin embargo, no menciona todos los servicios que ofrecemos así como tampoco indica 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 desafilarse 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 el plan Medicare Original utilizando este Resumen de prestaciones. Las tablas en este cuadernillo 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 el plan Medicare Original. También ofrecemos más prestaciones, que pueden variar de un año a otro.

¿EN QUÉ ÁREAS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Easy Choice Plus Plan (HMO SNP)?

El área del servicio para este plan incluye: el Condado de Orange, CA. Debe residir en esta área para afiliarse al plan.

¿EN QUÉ ÁREAS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Easy Choice Best Plan (HMO SNP)?

El área del servicio para este plan incluye: Condados de Los Ángeles, Orange, Riverside y San Bernardino, CA. Debe residir en una de estas áreas para afiliarse al plan.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

¿QUIÉNES CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA AFILIARSE A Easy Choice Plus Plan (HMO)/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) 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.

Usted puede solicitar el directorio de proveedores actual. Para obtener una lista actualizada, visítenos en easychoicehealthplan.com. 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 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 Plus Plan (HMO)/Easy Choice Best Plan (HMO) sí cubre los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B y Medicare Parte D.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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

Easy Choice Plus Plan (HMO)/Easy Choice Best Plan (HMO) utiliza un vademécum. El vademécum es una lista de medicamentos cubiertos por 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 vademécum que pudiera limitar la capacidad del afiliado de surtir su receta, notificaremos a los beneficiarios afectados antes de efectuar dicha modificación. Le enviaremos un vademécum. También puede ver nuestro vademécum completo en nuestro sitio web, easychoicehealthplan.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro vademécum 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 vademécum, 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 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 '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 u

* Oficina estatal de Medicaid.

¿CUÁLES SON MIS GARANTÍAS CON ESTE PLAN?

Todos los Planes Medicare Advantage deben permanecer en el programa durante un año calendario completo por vez. Las prestaciones y el costo compartido pueden variar de un año calendario al siguiente. Cada año, los planes deciden si continuarán participando con Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (el área geográfica donde el plan acepta afiliados) o elegir continuar solo en determinadas áreas. Asimismo, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan. Aun si su Plan Medicare Advantage abandonara el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar durante otro año calendario, deberán enviarle una carta con 90 días de anticipación, como mínimo, antes de que finalice su cobertura. En dicha carta se le informará sobre las opciones de cobertura de Medicare disponibles en su área.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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. Tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización en caso de que desee que le proporcionemos o costeemos un artículo o servicio que usted crea debemos cubrir. Si rechazamos la cobertura para su artículo o servicio, 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 algún proveedor 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 (Quality Improvement Organization, QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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 queja ante las Organizaciones de mejora de calidad (Quality Improvement Organization, QIO) en su estado. Consulte el Certificado de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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 (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Es posible que sea invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas en cuanto a su salud y medicamentos.

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

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 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.

-- 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 con transplante si el mismo 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 equipo médico durable (Durable medical equipment, DME).

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

¿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 de www.medicare.gov, seleccionar “Health and Drug Plans”, y luego seleccionar “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)/Easy Choice Best Plan (HMO).

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.

Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al número gratuito (866)-999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800)-735-2929).

Los afiliados actuales y futuros pueden llamar al (866)-999-3945 si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800)-735-2929).

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 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)

Si desea obtener más 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 PRESTACIONES

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como por ejemplo en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea español. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al número de teléfono que aparece arriba.

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	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 2011 la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y podría variar para el año 2012, y el monto deducible anual de la Parte B era \$0 o \$162 y podría cambiar en el 2012.</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 obtener más 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>
<p>2. Selección del médico y hospital</p> <p>(Para obtener más información, vea Atención de emergencia - N.º15 y Atención de urgencia - N.º16).</p>	<p>Puede visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General * Dependiendo de su elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga costos compartidos por los servicios de Medicare Original.</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 \$0 además de su prima mensual de Medicare Parte B.*</p> <p>Dentro de la red Límite de costos menores de \$6,700 para servicios cubiertos por Medicare.*</p>	<p>General Prima mensual del plan de \$23.60 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 obtener más 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>Dentro de la red Límite de costos menores de \$3,400 para 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 obtener más 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>Dentro de la red Límite de costos menores de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red.</p> <p>Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones).</p>	<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red.</p> <p>Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones).</p>	<p>Dentro de la red Debe visitar a médicos, especialistas y hospitales que pertenezcan a la red.</p> <p>Se requiere una derivación a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones).</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
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 2011, las cantidades para cada periodo de prestaciones fueron \$0 o: 1 a 60 días: deducible de \$1132. 61 a 90 días: \$283 por día. 91 a 150 días: \$566 por día de reserva de por vida. Estas cantidades pueden variar para el año 2012.</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 centro de enfermería especializada. 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>4. Atención de salud mental para pacientes internos</p>	<p>En el año 2011, las cantidades para cada periodo de prestaciones fueron \$0: 1 a 60 días: deducible de \$1132. 61 a 90 días: \$283 por día. 91 a 150 días: \$566 por día de reserva de por vida. Estas cantidades pueden variar para el año 2012.</p> <p>Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico con atención para pacientes internos en su vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internos cuentan para el límite de 190 días de por vida sólo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no aplica para los servicios de pacientes psiquiátricos internos prestados en un hospital general.</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 Cantidad ilimitada de días cubierta por el plan para cada hospitalización.</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 El plan cubre 90 días por 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 \$0 de copago</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles acerca de la cobertura en un hospital psiquiátrico luego de los 190 días.</p> <p>Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico con atención para pacientes internos en su vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internos cuentan para el límite de 190 días de por vida sólo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no aplica para los servicios de pacientes psiquiátricos internos prestados en un hospital general.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico con atención para pacientes internos en su vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internos cuentan para el límite de 190 días de por vida sólo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no aplica para los servicios de pacientes psiquiátricos internos prestados en un hospital general.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>Atención de salud mental para pacientes internos (continuación)</p>	
<p>5. Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011, 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 \$141.50 por día*. Estas cantidades pueden variar para el año 2012. O bien:</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
	Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.	Excepto en emergencias, su médico debe informar a la aseguradora que será admitido en el hospital.
<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 hospitalización previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del centro de enfermería especializada (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 hospitalización previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del centro de enfermería especializada (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 hospitalización previa.</p> <p>\$0 de copago por servicios del centro de enfermería especializada (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

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
7. Centro de cuidados paliativos	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y del 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.
9. Servicios quiroprácticos	<p>No cubre atención de rutina suplementaria.</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>

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. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos.</p>	<p>General Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione centro de cuidados paliativos.</p>	<p>General Debe recibir atención a través de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione centro de cuidados paliativos.</p>
<p>General 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 por 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 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 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 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>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
10. Servicios de podología	<p>No cubre atención de rutina suplementaria.</p> <p>0% o 20% de coseguro para el cuidado del pie médicamente necesario, que incluye el cuidado de afecciones médicas que involucren las extremidades inferiores.</p>
11. Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios	<p>0% o 40% de coseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>0% o 40% de coseguro de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio que le brinde un profesional calificado como parte de un programa de hospitalización parcial.</p> <p>Un “programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio activo que es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico o terapeuta, y sirve de alternativa a la hospitalización.</p>
12. Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	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 prestaciones de podología cubiertas por Medicare.*</p> <p>- hasta 1 visita suplementaria cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podología 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 podología cubiertas por Medicare.</p> <p>- hasta 1 visita suplementaria cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podología 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 podología cubiertas por Medicare.</p> <p>- hasta 1 visita suplementaria cada seis meses.</p> <p>Las prestaciones de podología 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>\$0 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos 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>\$0 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos 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>\$10 de copago por cada consulta psiquiátrica de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$5 de copago por cada consulta psiquiátrica de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos 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 \$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>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
13. Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios	<p>0% o 20% de coseguro para los servicios del médico.</p> <p>El copago especificado por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios no debe exceder al deducible por atención hospitalaria de pacientes internos de la Parte A.</p> <p>0 o 20% de coseguro para servicios en centros de cirugía ambulatoria.</p>
14. Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	0% o 20% de coseguro.
15. Atención de emergencia (puede dirigirse a cualquier sala de emergencias si cree de manera razonable que necesita atención de emergencia)	<p>0% o 20% de coseguro para los servicios del médico.</p> <p>Copago determinado por servicios de emergencia en hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>El copago por servicios de emergencia no debe exceder al deducible por atención hospitalaria de pacientes internos de la Parte A para cada servicio prestado por el hospital.</p> <p>No debe pagar copago por uso de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente interno 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>
16. Atención de urgencia necesaria (NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)	<p>0% o 20% de coseguro, o un copago establecido</p> <p>NO está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto bajo determinadas circunstancias.</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 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>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>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$50 de copago para las prestaciones de ambulancia cubiertas por Medicare.</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 \$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>Límite de cobertura del plan de \$25,000 por año para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Si es admitido en un hospital en un plazo menor a 12 horas por la misma condición, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.</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>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>17. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>(Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y el lenguaje)</p>	0% o 20% de coseguro.
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
<p>18. Equipo médico duradero</p> <p>(incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	0% o 20% de coseguro.
<p>19. Dispositivos protésicos</p> <p>(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</p>	<p>0% o 20% de coseguro para el servicio de capacitación para autocontrol de diabetes</p> <p>0% o 20% de coseguro para suministros para la diabetes.</p> <p>0% o 20% de coseguro para zapatos o plantillas terapéuticos para pacientes diabéticos.</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 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>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>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$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>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 \$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 \$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 \$0 de copago para la capacitación para autocontrol de 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>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para la capacitación para autocontrol de la diabetes.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Capacitación para autocontrol de diabetes, terapia tradicional y suministros (continuación)	
21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	<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 con fines diagnósticos 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 suplementarias de rutina, como por ejemplo, la de colesterol.</p>
22. Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	<p>0% o 20% de coseguro para servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>0% o 20% de coseguro para servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>0% o 20% de coseguro para servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Esto se aplica a los servicios de programas prestados en un consultorio médico. Costo compartido especificado para servicios de programas ofrecidos por departamentos para pacientes ambulatorios en un hospital.</p>
SERVICIOS PREVENTIVOS	
23. Servicios preventivos y programas de educación/estado físico	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de aneurismas de la aorta abdominal.

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:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suministros de control para la diabetes.* -Zapatos o plantillas terapéuticos.* 	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suministros de control para la diabetes. -Zapatos o plantillas terapéuticos. 	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suministros de control para la diabetes. -Zapatos o plantillas terapéuticos.
<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 - Rayos-X - 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare* -Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare* -Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare* 	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare -Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare -Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare 	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare -Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare -Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare
<p>General \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:</p>	<p>General \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:</p>	<p>General \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>23. Servicios preventivos y programas de educación/estado físico (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de masa ósea Cubiertos una vez cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario) en caso de que reúna determinadas condiciones médicas. - Detección de enfermedad cardiovascular - Detección de cáncer cervical y vaginal Cubiertos una vez cada 2 años. Cubiertos una vez al año para mujeres con Medicare que se encuentran en riesgo. - Detección de cáncer colorrectal - Detección de diabetes - Vacuna contra la influenza - Vacuna contra Hepatitis B para personas con Medicare que se encuentran en riesgo - Detección de VIH \$0 de copago para la detección de VIH, pero por lo general se paga 20% del monto autorizado por Medicare para la visita a consultorio. Los exámenes de detección de VIH 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. - Detección de cáncer de mama (mamografías) Medicare cubre una mamografía cada 12 meses para todas las mujeres que tienen Medicare, a partir de los 40 años de edad. Medicare cubre una mamografía de base para mujeres entre 35 y 39 años. - Servicios de terapia nutricional La terapia nutricional es para personas que padecen diabetes o una enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o que no recibieron trasplante de riñón) cuando hayan sido derivadas por un médico. Estos servicios pueden ser administrados por un dietista registrado y pueden incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
- Detección de aneurismas de la aorta abdominal.	- Detección de aneurismas de la aorta abdominal.	- Detección de aneurismas de la aorta abdominal.
- Medición de masa ósea.	- Medición de masa ósea.	- Medición de masa ósea.
- Detección de enfermedad cardiovascular.	- Detección de enfermedad cardiovascular.	- Detección de enfermedad cardiovascular.
- Detección de cáncer cervical y vaginal (Papanicolau y examen pélvico).	- Detección de cáncer cervical y vaginal (Papanicolau y examen pélvico).	- Detección de cáncer cervical y vaginal (Papanicolau y examen pélvico).
- Detección de cáncer colorrectal.	- Detección de cáncer colorrectal.	- Detección de cáncer colorrectal.
- Detección de diabetes.	- Detección de diabetes.	- Detección de diabetes.
- Vacuna contra la influenza.	- Vacuna contra la influenza.	- Vacuna contra la influenza.
- Vacuna contra la Hepatitis B.	- Vacuna contra la Hepatitis B.	- Vacuna contra la Hepatitis B.
- Detección de VIH.	- Detección de VIH.	- Detección de VIH.
- Detección de cáncer de mama (mamografías).	- Detección de cáncer de mama (mamografías).	- Detección de cáncer de mama (mamografías).
- Servicios de terapia nutricional.	- Servicios de terapia nutricional.	- Servicios de terapia nutricional.
- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de control anual).	- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de control anual).	- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de control anual).
- Vacuna neumocócica.	- Vacuna neumocócica.	- Vacuna neumocócica.
- Detección de cáncer de próstata (sólo el examen del antígeno específico de la próstata [PSA]).	- Detección de cáncer de próstata (sólo el examen del antígeno específico de la próstata [PSA]).	- Detección de cáncer de próstata (sólo el examen del antígeno específico de la próstata [PSA]).
- Dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).	- Dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).	- Dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).
- Examen físico “Bienvenido a Medicare” (examen físico inicial de prevención). Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse,	- Examen físico “Bienvenido a Medicare” (examen físico inicial de prevención). Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse,	- Examen físico “Bienvenido a Medicare” (examen físico inicial de prevención). Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para las personas de Medicare que están embarazadas y las personas con mayor riesgo de infectarse,

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>Servicios preventivos y programas sobre estado físico/educación para la salud (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de control anual). - Vacuna neumocócica. Es posible que necesite ser vacunado contra la neumonía una sola vez en toda su vida. Comuníquese con su médico para obtener más información. - Detección de cáncer de próstata (sólo el examen del antígeno específico de la próstata [PSA]). Cubiertos una vez por año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años. - Dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). Se cubren si son ordenados por su médico. Incluye dos consultas de terapia dentro de un periodo de 12 meses. Cada consulta de terapia incluye hasta cuatro sesiones personalizadas. - Examen físico “Bienvenido a Medicare” (examen físico inicial de prevención). Al afiliarse a Medicare Parte B, podrá acceder de la siguiente manera. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede realizar un examen físico de bienvenida a Medicare o una visita de control anual. Luego de sus primeros 12 meses, puede realizar una visita de control anual cada 12 meses.
<p>24. Enfermedades y afecciones renales</p>	<p>0% o 20% de coseguro para diálisis renal.</p> <p>0% o 20% de coseguro para servicios de educación sobre enfermedades renales.</p>
<p>25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios</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>incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre los siguientes programas de educación/estado físico suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales impresos sobre educación de salud, incluye boletines informativos - Membresía para gimnasios / clases de educación física 	<p>incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre los siguientes programas de educación/estado físico suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales impresos sobre educación de salud, incluye boletines informativos - Membresía para gimnasios / clases de educación física 	<p>incluidos los que pidan realizarse el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre los siguientes programas de educación/estado físico suplementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales impresos sobre educación de salud, incluye boletines informativos - Membresía para gimnasios / clases de educación física
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para diálisis renal.*</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal.*</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 por servicios de educación sobre la enfermedad renal.</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 por servicios de educación sobre la enfermedad renal.</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 B</p> <p>General \$0 de copago para los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General 0% del costo de los medicamentos cubiertos por la Parte B (no incluye medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B).</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>\$0 de deducible anual para los medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <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 Este plan usa un vademécum. El plan le enviará el vademécum. También puede ver el vademécum en easychoicehealthplan.com en Internet.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que: -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo, -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas).</p> <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el Distrito de Columbia). 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, 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</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p>General Este plan usa un vademécum. El plan le enviará el vademécum. También puede ver el vademécum en easychoicehealthplan.com en Internet.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que: -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo, -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas).</p> <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el Distrito de Columbia). 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 un plan de la Parte D.</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 afección.</p> <p>La cantidad de algunos medicamentos es limitada.</p>	<p>20% del costo para los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p>General Este plan usa un vademécum. El plan le enviará el vademécum. También puede ver el vademécum en easychoicehealthplan.com en Internet.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes costos menores para personas que: -poseen ingresos limitados, -viven en establecimientos de cuidado a largo plazo, -tienen acceso a Indígenas/Tribales/Urbanos (servicio de salud para indígenas).</p> <p>El plan ofrece cobertura para medicamentos a nivel nacional dentro de la red (es decir que incluye a los 50 estados y el Distrito de Columbia). 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 un plan de la Parte D.</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 afección.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	<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>otro medicamento para la misma afección.</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.</p> <p>Estos medicamentos se encuentran en el sitio web, en el vademécum y en el material impreso del plan; 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>Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) autoriza la excepción, pagará Nivel 5: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p>	<p>Su proveedor debe obtener la autorización previa de Easy Choice Plus Plan (HMO) 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 vademécum 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.</p> <p>Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Plus Plan (HMO) autoriza la excepción, pagará Nivel 5: el costo compartido para los medicamentos especializados.</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> <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 vademécum 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.</p> <p>Si solicita una excepción al vademécum para un medicamento y Easy Choice Best Plan (HMO) aprueba dicha excepción, pagará Nivel 5: el costo compartido para los medicamentos especializados.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>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): -un copago de \$0 o -un copago de \$1.10 o -un copago de \$2.60</p> <p>Para el resto de los medicamentos: -un copago de \$0 o -un copago de \$3.30 o -un copago de \$6.50</p> <p>Cobertura catastrófica Una vez que los costos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, pagará \$0 de copago.</p>	<p>Dentro de la red \$320 de deducible anual.</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 los \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos - \$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> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos 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>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 los \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos - \$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> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos - \$10 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$20 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>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>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 \$2.60 <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 \$6.50 	<p>Nivel 3: 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 seleccionados por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 4: 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 - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 5: medicamentos especializados</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>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos 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 3: 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 4: medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$90 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - \$180 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 5: medicamentos especializados</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>Farmacia para cuidado a largo plazo Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> -\$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> -\$10 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> -\$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>Cobertura catastrófica fuera de la red Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen \$4,700, se le reembolsará totalmente el monto por medicamentos comprados fuera de la red.</p>	<p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Pedidos por correo Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos - \$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> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos 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 3: medicamentos de marca 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 de marca no preferidos - \$90 de copago para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (31 días) en este nivel</p> <p>Pedidos por correo Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos - \$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> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos - \$10 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel - \$20 de copago para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - \$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>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)</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>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>Nivel 4: 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 - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 5: medicamentos especializados</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>Brecha de cobertura Una vez que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos, hasta que los costos menores anuales para medicamentos alcancen los \$4,700.</p>	<p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$90 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos en este nivel - \$180 de copago coseguro para suministro de medicamentos por tres meses (90 días) en este nivel <p>Nivel 5: medicamentos especializados</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>Brecha de cobertura adicional El plan cubre varios medicamentos genéricos del vademécum (entre 65% y 99%) a través de la brecha de cobertura. Usted paga lo siguiente:</p> <p>Farmacia minorista</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - \$0 de copago para suministro por tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$10 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel - \$20 de copago para suministro por tres meses (90 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
<p>Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)</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>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>Cobertura catastrófica Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, pagará lo que sea mayor: -5% de coseguro, o -\$2.60 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</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 su deducible anual, se le reembolsará hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente, para medicamentos comprados fuera de la red hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos -\$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) 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 \$10 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 - \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel - \$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 - \$10 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel - \$20 de copago para suministro por tres meses (90 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Una vez que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930, 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 86% de los costos del plan para medicamentos genéricos, hasta que sus costos menores anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos - 25% de coseguro para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 5: 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 14% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que sus costos menores totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera de la red Una vez que los costos menores anuales alcancen los \$4,700, se le</p>	<p>Cobertura catastrófica Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, pagará lo que sea mayor:</p> <p>-5% de coseguro, o -\$2.60 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</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 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 los \$2,930:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos - \$0 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>se le reembolsará, para medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del medicamento del plan menos su costo compartido, que será el más alto entre:</p> <p>5% de coseguro, o</p> <p>-\$2.60 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</p> <p>- \$10 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <p>- \$30 de copago para suministro de medicamentos por un mes (30 días) en este nivel</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</p> <p>- \$90 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados</p> <p>-25% de coseguro para suministro por un mes (30 días) en este nivel.</p> <p>Brecha de cobertura adicional fuera de la red</p> <p>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>- \$0 de copago para suministro por un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 2: Medicamentos no preferenciales</p> <p>- \$10 de copago para suministro por un mes (30 días) de medicamentos seleccionados cubiertos en este nivel</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <p>- Se le reembolsará hasta el 14% del costo deducible del plan para medicamentos genéricos comprados</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>[This space was left blank intentionally.]</p>	<p>fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</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 los \$4,700.</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos Se le reembolsará hasta el 14% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</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 los \$4,700.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados Se le reembolsará hasta el 14% del costo deducible del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$4,700.</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 los \$4,700.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
Cobertura de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios (continuación)	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.
26. Servicios dentales	No cubre servicios dentales preventivos (como la limpieza).

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
		<p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p> <p>Una vez que los costos menores anuales de medicamentos alcancen los \$4,700, se le reembolsará hasta el costo del medicamento del plan menos su costo compartido, que será el más alto entre:</p> <p>5% de coseguro, o -\$2.60 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</p>
<p>Dentro de la red</p> <p>\$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 2 exámenes bucales por año. - hasta 2 limpiezas por año. - hasta 2 radiografías dentales por año. <p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para prestaciones dentales preventivas por año.</p> <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para prestaciones dentales integrales por año.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$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 radiografía dental por año. <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$2,500 para prestaciones dentales por año.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$20 de copago para las 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 por año. - hasta 2 radiografías dentales por año. <p>Los planes ofrecen prestaciones dentales integrales adicionales.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para prestaciones dentales por año.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
27. Servicios auditivos	<p>No cubre exámenes auditivos suplementarios de rutina ni audífonos.</p> <p>0% o 20% de coseguro para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>
28. Servicios oftalmológicos	<p>0% o 20% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>No cubre exámenes de la vista de rutina suplementarios 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
<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: - hasta un examen auditivo suplementario de rutina por año. - hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año.</p> <p>\$0 de copago para hasta 1 audífono por año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$750 para exámenes auditivos suplementarios de rutina 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: - hasta un examen auditivo suplementario de rutina por año. - hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año.</p> <p>\$0 de copago para hasta 1 audífono por año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$750 para audífonos por año.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red - \$10 de copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. - \$10 de copago para hasta 1 examen auditivo suplementario de rutina por año. - \$10 de copago para hasta 1 evaluación de ajuste de audífonos por año. - 20% del costo para hasta 1 audífono por año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$500 para audífonos por año.</p>
<p>Dentro de la red 0% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.*</p> <p>- hasta 1 examen de la vista suplementario de rutina por año.</p> <p>\$0 de copago para: - un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.* - hasta 1 par de anteojos cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para lentes cada dos años.</p>	<p>Dentro de la red 0% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>\$0 de copago para: - un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. - hasta 1 par de anteojos 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 coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>- \$10 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>- \$10 de copago para hasta 1 par de anteojos cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para lentes cada dos años.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE PRESTACIONES

PRESTACIÓN	MEDICARE ORIGINAL
29. Artículos de venta libre	No se cubre.
30. Transporte	No se cubre.
31. Acupuntura	No se cubre.

SECTION II- SUMMARY OF BENEFITS

Easy Choice Freedom Plan HMO SNP	Easy Choice Plus Plan HMO	Easy Choice Best Plan HMO
<p>General Visite el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Los artículos de venta libre sólo pueden ser adquiridos para el afiliado.</p> <p>Comuníquese con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p>	<p>General Visite el sitio web de nuestro plan para ver la lista de los artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Los artículos de venta libre sólo pueden ser adquiridos para el afiliado.</p> <p>Comuníquese con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p>	<p>General El plan no cubre los artículos de venta libre.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para cada viaje de ida a un lugar aprobado por el plan.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para cada viaje de ida a un lugar aprobado por el plan.</p>	<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para hasta 50 viajes de ida a un lugar aprobado por el plan, por año.</p>
<p>General Pueden aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para hasta 10 visitas por año.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para hasta 10 visitas por año.</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por visita para hasta 10 visitas por año.</p>

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

Las personas que cumplen con 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 plan 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 a través del 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”.

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 se cubre más allá de Medicare Original.
4. Servicios de centros de salud federalmente calificados	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se 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. Atención en centros de enfermería especializada para pacientes mayores de 21 años	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Centro de enfermería especializada” para obtener más información.
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 se cubre más allá de Medicare Original.
9. Servicios de planificación familiar y suministros	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
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 dentales médicos y quirúrgicos	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.
12. Servicios oftalmológicos	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios oftalmológicos” para obtener más información.
13. Servicios de podología*	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios de podología” para obtener más información.
14. Servicios de optometría*	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios oftalmológicos” para obtener más información.
15. Servicios quiroprácticos*	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios quiroprácticos” para obtener más información.
16. Servicios de psicología	No se cubre en la mayoría de los casos.	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 se cubre más allá de Medicare Original.
18. Servicios ópticos y fabricación óptica*	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se 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. Equipo médico duradero	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	Consulte la Sección II en “Equipo médico duradero” para obtener más información.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
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 se cubre más allá de Medicare Original.
23. Servicios de acupuntura*	No se cubre en la mayoría de los casos.	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 se 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 audiolgía, cuidados intermitentes, suministros médicos, equipo 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.
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 se 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 se cubre más allá de Medicare Original.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
30. Servicios dentales*	No se cubre en la mayoría de los casos.	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*	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información.
33. Servicios de audiología*	\$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*	No se cubre en la mayoría de los casos.	Consulte la Sección II en “Servicios dentales” para obtener más información.
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 se 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.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
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 se cubre más allá de Medicare Original.
43. Centro de cuidados intermedios	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.
44. Enfermera obstétrica	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.
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 se cubre más allá de Medicare Original.
47. Cuidados respiratorios para pacientes con dependencia de respiradores	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.
48. Enfermero profesional de medicina familiar	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se 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 se 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 se cubre más allá de Medicare Original.
51. Servicios de atención médica personalizada	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

Categoría de prestación	Programa Medicaid (Medi-Cal)	Easy Choice Health Plan HMO
52. Hospital de atención primaria en zonas rurales	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se cubre más allá de Medicare Original.
53. Centros de salud no médicos	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se 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.
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 afección 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 se 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 se 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 se 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 se cubre más allá de Medicare Original.

SECTION III- COMPREHENSIVE WRITTEN STATEMENT

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 se 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 se cubre más allá de Medicare Original.
62. Servicios no médicos (sólo por exoneración)	\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid	No se 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; 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, 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

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. Easy Choice Freedom Plan HMO SNP es un plan de atención coordinada con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de California. Para poder inscribirse, los beneficiarios deben tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. La información brindada en este documento es un resumen de las prestaciones, no una descripción exhaustiva de ellas. Para obtener más información, comuníquese con el Plan. Los beneficiarios deben usar las farmacias de la red para tener acceso a sus prestaciones de medicamentos de venta con receta, excepto en circunstancias no habituales; además 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. Para averiguar si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- *Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de TTY, llame al 1-877-486-2048. Horario de atención: las 24 horas, los siete días de la semana.*
- *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 TTY, llame al 1-800-325-0778.*
- *Oficina estatal de Medicaid.*

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-866-999-3945 for additional information.

Esta información está a su disposición de forma gratuita en otros idiomas. Para obtener más información, favor de comunicarse con nuestro número de Servicio de atención al cliente por teléfono al 1-866-999-3945.