



Resumen de Beneficios

1 de enero de 2012 — 31 de diciembre de 2012

Physicians Health Choice, Inc.

Physicians Health Choice Basic (HMO)
H4527-024

Texas: condados de Aransas, Cameron, El Paso, Hays, Hidalgo,
Kleberg, Nueces, San Patricio, Travis, Willacy, Williamson



Sección I - Introducción al Resumen de Beneficios

Le agradecemos su interés en el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO). Nuestro plan es ofrecido por PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC/Physicians Health Choice, una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Medicare Advantage. Este resumen de beneficios explica algunas características de nuestro plan. No enumera todos los servicios que cubrimos ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a la oficina del Physicians Health Choice Basic (HMO) y pida la "Evidencia de Cobertura".

Usted tiene opciones para el cuidado de su salud

Como beneficiario de Medicare, puede escoger entre distintas opciones. Una opción es el Plan Medicare Original de honorarios por servicio. Otra opción es un plan de salud Medicare, como el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO). También podría tener otras opciones. Usted elige. No importa lo que decida, todavía estará en el Programa Medicare.

Puede inscribirse o salirse de un plan solamente en ciertos momentos. Llame a la oficina del Plan Physicians Health Choice Basic (HMO) al número de teléfono que se lista al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para mayor información. Los usuarios de teléfono de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Use este Resumen de Beneficios para comparar el Physicians Health Choice Basic (HMO) con el Plan Medicare Original. Las tablas de este folleto contienen beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, usted puede ver lo que nuestro plan cubre y lo que el Plan Medicare Original cubre.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que el Plan Medicare Original ofrece. También ofrecemos

más beneficios, los cuales podrían cambiar de un año a otro.

¿Dónde se ofrece el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO)?

El área de servicio para este plan incluye: Condados de Aransas, Cameron, El Paso, Hays, Hidalgo, Kleberg, Nueces, San Patricio, Travis, Willacy, Williamson, TX. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

El área de servicio para este plan incluye: Condados de Aransas, Cameron, El Paso, Hays, Hidalgo, Kleberg, Nueces, San Patricio, Travis, Willacy, Williamson, TX. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

¿Quién es elegible para inscribirse en el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO)?

Usted puede inscribirse en el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO) si reúne los requisitos para Medicare Parte A, si está inscrito en Medicare Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, los individuos con enfermedad renal en etapa final generalmente no son elegibles para inscribirse en el Plan Physicians Health Choice Basic (HMO), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó su diálisis.

¿Puedo elegir a mis doctores?

El Plan Physicians Health Choice Basic (HMO) ha formado una red de doctores, especialistas y hospitales. Usted solamente puede elegir a doctores que formen parte de nuestra red. Los proveedores de salud en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un directorio de proveedores actualizado. Para una lista actualizada, visítenos en nuestro sitio de internet www.PHCcares.com. Nuestro número de Servicio al Cliente se lista al final de esta introducción.

¿Qué pasa si voy a un doctor que no está en su red?

Si decide ir a un doctor fuera de nuestra red, usted debe pagar esos servicios por su cuenta, salvo en situaciones limitadas (por ejemplo, atención de emergencia). Ni el plan ni el Plan Medicare Original pagarán esos servicios

¿Cubre mi plan los medicamentos de Medicare Parte B o Parte D?

El Plan Physicians Health Choice Basic (HMO) cubre los medicamentos recetados de Medicare Parte B. El Plan Physicians Health Choice Basic (HMO) NO cubre los medicamentos recetados de Medicare Parte D.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todas las organizaciones de planes Medicare Advantage están de acuerdo en permanecer en el programa por un año calendario entero a la vez. Los beneficios del plan y el costo compartido pueden cambiar de un año calendario al otro. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando en Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (zona geográfica donde el plan acepta miembros) o elegir continuar sólo en ciertas áreas. Además, Medicare puede decidir terminar su contrato con un plan. Aunque su plan Medicare Advantage decida salirse del programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si un plan decide

no continuar por un año calendario adicional, el plan debe enviarle una carta por lo menos 90 días antes de suspender su cobertura. En esta carta se explicarán sus opciones de cobertura Medicare en su área.

Como un miembro del Plan Physicians Health Choice Basic (HMO), usted tiene derecho a pedir una determinación de la organización, lo cual incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un concepto o servicio, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización si desea que proporcionemos o paguemos por un artículo o servicio que usted cree que debe estar cubierto. Si negamos la cobertura para el artículo o servicio que usted solicitó, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Usted puede pedirnos una determinación de cobertura expedita (rápida) o apelar si considera que la espera de una decisión podría arriesgar seriamente su vida o su salud o afectar su habilidad de recuperar su función máxima. Si su doctor solicita o apoya una solicitud expedita, nosotros debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja formal con nosotros si tiene algún problema con nosotros o con alguno de nuestros proveedores de la red, siempre que no tenga que ver con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema tiene que ver con la calidad de la atención, usted también tiene el derecho de presentar una queja formal ante la organización de mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) correspondiente a su estado. Remítase a la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de la QIO.

¿Qué tipos de medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte B?

Algunos tipos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por Medicare Parte B. Éstos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Physicians Health Choice Basic (HMO) para obtener más detalles.

- Algunos antígenos: Si son preparados por un doctor y administrados por una persona debidamente instruida (podría ser el paciente) bajo la supervisión de un doctor.
- Medicamentos para osteoporosis: Medicamentos inyectables para osteoporosis en ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoyetina Alfa o Epogen®): Por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa final (falla renal permanente que requiera diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación de hemofilia: Factores de coagulación autoadministrados si usted tiene hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables administrados en relación al servicio de un médico.
- Inmunosupresores: Terapia de inmunosupresores para pacientes de trasplante, si lo pagó Medicare, o lo pagó una aseguradora privada que actuó como pagador primario para su cobertura Medicare Parte A, en un hospital certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales para el cáncer: Si está disponible el mismo medicamento en forma inyectable.
- Medicamentos orales antináuseas: Si usted participa en un régimen quimioterapéutico contra cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión administrados a través de DME.

¿Dónde puedo encontrar información sobre la calificación de los planes?

El programa Medicare califica la eficacia de los planes en distintas categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, calificaciones recibidas de pacientes y servicio al cliente). Si usted tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas que se encuentran en www.medicare.gov y seleccionar "Planes de Salud y de Medicamentos", luego "Comparar Planes de Salud y de Medicamentos" para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para pedir una copia de las calificaciones de este plan. A continuación se indica nuestro número de servicio al cliente.

Llame a Physicians Health Choice para obtener más información sobre el Plan

Physicians Health Choice Basic (HMO).

Visítenos en el sitio de internet www.PHCcares.com o, llámenos:

Horas de atención del Servicio al Cliente:

Domingo, Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro

Los miembros actuales pueden llamar gratis al **(866)-550-4736. (TTY/TDD 711)**

Los miembros futuros deben llamar al teléfono de larga distancia gratuita **(866)-655-3736. (TTY/TDD 711)**

Los miembros actuales deben llamar al teléfono local **(866)-550-4736. (TTY/TDD 711)**

Los miembros futuros deben llamar al teléfono local **(866)-655-3736. (TTY/TDD 711)**

Para obtener más información sobre **Medicare**, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, visítenos en nuestro sitio de Internet www.medicare.gov.

Es posible que este documento este disponible en otros formatos, tales como Braille, en formato de 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 inglés. Para información adicional, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece arriba.

Sección II - Resumen de Beneficios

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Physicians Health Choice para más detalles.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Información importante		
<p>1 Primas e información importante adicional</p>	<p>En 2011 la Prima mensual de la Parte B era de \$96.40 y podría cambiar para el 2012, y el monto del deducible anual de la Parte B era de \$162 y podría cambiar para el 2012.</p> <p>Si un doctor o proveedor no acepta la asignación, sus costos normalmente son más elevados, lo cual significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual normal de la Parte B. No obstante, algunas personas pagarán una prima más elevada debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>General</p> <p>Prima mensual del plan de \$0, además de la prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima normal mensual de la Parte B además de la prima del plan MA. No obstante, algunas personas pagarán una prima más elevada debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$3,350 de límite de desembolso por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>2 Opción de doctor y hospital (Para más información, vea Atención de emergencia - #15 y Cuidado Requerido de Urgencia - #16).</p>	<p>Puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a doctores, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Es necesario que le remitan para acudir a los hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>
Resumen de Beneficios		
Atención para paciente hospitalizado		

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Atención para paciente hospitalizado (continúa)		
<p>3 Atención para Pacientes Hospitalizados (incluye servicios para abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	<p>En el 2011 las cantidades para cada período de beneficios eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: \$1 132 de deducible ▪ Días 61 - 90: \$283 por día ▪ Días 91 - 150: \$566 por día de reserva vitalicia. Estas cantidades podrían cambiar para el 2012. <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir información sobre los días de reserva vitalicia.</p> <p>Los días de reserva vitalicia solamente pueden usarse una vez.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día que lo admiten en un hospital o en una instalación de enfermería especializada. Termina cuando pasan 60 días seguidos sin cuidados en el hospital o la instalación de enfermería especializada. Si lo internan en el hospital después que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No existe límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No existe límite en el número de días cubiertos por el plan para cada estadía en el hospital.</p> <p>Para estadías en el hospital cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 5: \$50 de copago por día ▪ Días 6 - 90: \$0 de copago por día <p>\$0 de copago por cada día adicional en el hospital.</p>
<p>4 Atención de salud mental para paciente hospitalizado</p>	<p>En el 2011 las cantidades para cada período de beneficios eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: \$1 132 de deducible ▪ Días 61 - 90: \$283 por día ▪ Días 91 - 150: \$566 por día de reserva vitalicia. Estas cantidades podrían cambiar para el 2012. <p>Usted tiene derecho a 190 días, como beneficio vitalicio, de atención en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado. Los servicios en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado se consideran para el límite vitalicio de 190 días sólo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se considera para los servicios psiquiátricos como</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted tiene derecho a 190 días, como beneficio vitalicio, de atención en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado. Los servicios en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado se consideran para el límite vitalicio de 190 días sólo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se considera para los servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado suministrados en un hospital general.</p> <p>Para las estadías en el hospital cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 5: \$50 de copago por día ▪ Días 6 - 90: \$0 de copago por día

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Atención para paciente hospitalizado (continúa)		
	paciente hospitalizado suministrados en un hospital general.	
<p>5 Instalación de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (en una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>En el 2011 las cantidades para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 20: \$0 por día ▪ Días 21 - 100: \$141.50 por día. Estas cantidades podrían cambiar para el 2012. <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día que lo internan en un hospital o en una instalación de enfermería especializada. Termina cuando pasan 60 días seguidos sin cuidados en el hospital o la instalación de enfermería especializada. Si lo internan en el hospital después que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No existe límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p>Dentro de la red El Plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios</p> <p>No es necesario que lo hayan hospitalizado antes.</p> <p>Para las estadías en una SNF cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 20: \$0 de copago por día ▪ Días 21 - 65: \$75 de copago por día ▪ Días 66 - 100: \$0 de copago por día
<p>6 Cuidado de la Salud a Domicilio (incluye la atención intermitente médicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de auxiliar para el cuidado de salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	\$0 de copago.	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada visita de cuidado de la salud a domicilio cubierta por Medicare.</p>
<p>7 Hospicio</p>	Usted paga parte del costo de los medicamentos de paciente ambulatorio y el cuidado de relevo o apoyo familiar para paciente hospitalizado.	<p>General Usted debe recibir la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Atención para paciente hospitalizado (continúa)		
	Usted debe recibir la atención de una residencia para pacientes terminales certificada por Medicare.	pagará por una visita de consulta antes de que usted seleccione el hospicio.
Atención ambulatoria		
8 Visitas al consultorio	20% de coseguro	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada consulta con su médico de atención primaria para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada atención urgente cubierta por Medicare dentro de la red, si es dentro del área.</p> <p>\$10 de copago por cada visita a un especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</p>
9 Servicios de un quiropráctico	<p>Atención rutinaria complementaria no cubierta</p> <p>20% de coseguro para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es con un quiropráctico o algún otro proveedor calificado.</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es con un quiropráctico o algún otro proveedor calificado.</p>
10 Servicios de podiatría	<p>Atención rutinaria complementaria no cubierta.</p> <p>20% de coseguro para atención médicamente necesaria de los pies, incluyendo la atención para padecimientos médicos que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención médicamente necesaria de los pies.</p>
11 Atención de salud mental para paciente ambulatorio	<p>40% de coseguro por la mayoría de los servicios de salud mental para paciente ambulatorio</p> <p>Copago especificado por servicios del programa de hospitalización parcial como paciente ambulatorio suministrados por un hospital o por un centro de salud mental de la comunidad (CMHC). El</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare</p> <p>\$10 de copago por visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Atención ambulatoria (continúa)		
	<p>copago no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A.</p> <p>El "Programa de hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para paciente ambulatorio, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p>
<p>12 Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias</p>	<p>20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia individual cubiertas por Medicare</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia grupal cubiertas por Medicare.</p>
<p>13 Servicios/Cirugía para pacientes ambulatorios</p>	<p>20% de coseguro por los servicios del médico</p> <p>Copago específico por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A.</p> <p>20% de coseguro por servicios en centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$50 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</p> <p>\$50 de copago por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>14 Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$100 de copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
<p>15 Atención de emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, de manera razonable, que necesita atención de emergencia.)</p>	<p>20% de coseguro por los servicios del médico</p> <p>Copago específico por servicios de emergencia en instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p>El copago por servicios de emergencia no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A por cada servicio provisto por el hospital.</p>	<p>General</p> <p>\$65 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p>Cobertura en todo el mundo.</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas por el mismo padecimiento, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Atención ambulatoria (continúa)		
	<p>No tiene que pagar el copago de sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado por el mismo padecimiento en un plazo de 3 días a partir de la visita a la sala de emergencias.</p> <p>No cubierto fuera de Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	
<p>16 Cuidado requerido de urgencia (Esto NO ES atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)</p>	<p>20% de coseguro o un copago fijo</p> <p>NO ESTÁ CUBIERTO fuera de Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>\$40 de copago por visitas para cuidado requerido de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>17 Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio (Terapia ocupacional, Terapia física, Terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>\$10 de copago por consultas de terapia física y/o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
Servicios médicos ambulatorios y suministros		
<p>18 Equipo médico durable (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	<p>20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>19 Aparatos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)</p>	<p>20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>20 Programas y Suministros para la Diabetes</p>	<p>20% de coseguro para capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>20% de coseguro para suministros para la diabetes</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago para capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Servicios médicos ambulatorios y suministros (continúa)		
	<p>20% de coseguro para zapatos o insertos terapéuticos para la diabetes</p>	<p>\$0 de copago para suministros de control de la diabetes.</p> <p>20% del costo para zapatos o insertos terapéuticos para la diabetes.</p>
<p>21 Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>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 de diagnóstico médicamente necesarios que ordene el doctor que lo esté tratando cuando los mismos los proporcione un laboratorio certificado según normas CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se hacen para ayudar a su doctor a diagnosticar o eliminar una enfermedad o padecimiento que se sospecha que tiene. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas rutinarias complementarias, como la medición de su nivel de colesterol.</p> <p>20% de coseguro por examen rectal digital y otros servicios relacionados. Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago por los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>\$16 de copago por las radiografías cubiertas por Medicare</p> <p>20% del costo por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (no se incluyen las radiografías)</p> <p>20% del costo por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare</p>
<p>22 Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar</p>	<p>20% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca. 20% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar. 20% de coseguro por servicio de rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p>Esto tiene validez para servicios del programa provistos en un consultorio médico. Costo especificado por servicios del programa provistos por departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</p>
Servicios preventivos		

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
<p>23 Servicios Preventivos y Programas de Bienestar/Educación</p>	<p>Sin coseguro, copago o deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de aneurisma aórtico abdominal ▪ Medición de la densidad ósea. Cubierto una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si usted presenta ciertas condiciones médicas. ▪ Evaluación cardiovascular ▪ Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina. Cubiertas cada 2 años. Cubiertas una vez al año para mujeres con Medicare que corren un alto riesgo. ▪ Examen de detección de cáncer colorrectal ▪ Examen de detección de diabetes ▪ Vacuna contra la influenza ▪ Vacuna contra la hepatitis B para personas con Medicare que corren riesgo ▪ Examen de detección de VIH. \$0 de copago por examen de detección de VIH, pero usted generalmente paga 20% del monto aprobado por Medicare por la consulta médica. El examen de detección de VIH tiene cobertura para las personas con Medicare que están embarazadas y las personas con un mayor riesgo de contraer la infección, incluso para todo aquel que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta un máximo de tres veces durante un embarazo. ▪ Examen de detección de cáncer de seno (mamografía). Medicare cubre las mamografías de evaluación una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años y más. Medicare cubre una mamografía de línea de base para las mujeres entre 35 y 39 años. 	<p>General</p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original a cero costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de aneurisma aórtico abdominal ▪ Medición de la densidad ósea ▪ Evaluación cardiovascular ▪ Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) ▪ Examen de detección de cáncer colorrectal ▪ Examen de detección de diabetes ▪ Vacuna contra la influenza ▪ Vacuna contra la hepatitis B ▪ Examen de detección de VIH ▪ Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) ▪ Servicios de terapia de nutrición médica ▪ Servicios de Plan de Prevención Personalizado (Visitas de Bienestar Anual) ▪ Vacuna neumocócica ▪ Examen de detección de cáncer de próstata [Prueba de antígeno prostático específico (PSA) solamente] ▪ Tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar) ▪ Examen físico Bienvenido a Medicare (Examen físico preventivo inicial) <p>El examen de detección de VIH tiene cobertura para las personas con Medicare que están embarazadas y las personas con un mayor riesgo de contraer la infección, incluso para todo aquel que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta un máximo de tres veces durante un embarazo. Comuníquese con el plan para los detalles.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas de educación/bienestar complementarios:</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de terapia de nutrición médica La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis ni han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidas por un doctor. Estos servicios los puede dar un dietista registrado y pueden incluir una evaluación nutricional y asesoramiento para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal. ▪ Servicios de Plan de Prevención Personalizado (Visitas de Bienestar Anual) ▪ Vacuna neumocócica. Es posible que necesite la vacuna neumocócica una vez en toda su vida. Consulte a su doctor si desea más información. ▪ Examen de detección de cáncer de próstata ' Prueba de antígeno prostático específico (PSA) solamente. Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años. ▪ Tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar). Cubierto si lo ordena su doctor. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara. ▪ Examen físico Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial) Cuando usted se inscribe en Medicare Parte B, entonces usted es elegible como sigue. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, usted puede obtener un examen físico Bienvenido a Medicare o una Consulta de Bienestar Anual. Después de los primeros 12 meses, usted puede obtener una Consulta de Bienestar Anual cada 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membresía en un Gimnasio/Clases de Acondicionamiento Físico
24 Enfermedad y padecimientos renales	20% de coseguro por diálisis renal 20% de coseguro por servicios de educación sobre la enfermedad renal	Dentro de la red 20% del costo por diálisis renal \$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
<p>25 Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por el Medicare Original. Usted puede añadir cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Por otra parte, puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos recetados, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o en un plan Medicare Cost que ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B General La mayoría de los medicamentos no están cubiertos.</p> <p>20% del costo de medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D General Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>
<p>26 Servicios dentales</p>	<p>Los servicios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por 1 examen bucal como máximo cada año ▪ \$0 de copago por 1 limpieza como máximo cada seis meses ▪ \$0 de copago por 1 tratamiento con fluoruro como máximo cada año ▪ \$0 de copago por 1 radiografía dental como máximo cada año
<p>27 Servicios de audición</p>	<p>Los exámenes de audición rutinarios complementarios y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>20% de coseguro por exámenes de diagnóstico de audición.</p>	<p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$10 de copago por exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare ▪ \$0 de copago por 1 examen de audición rutinario complementario como máximo cada año ▪ \$0 de copago por aparato auditivo <p>\$300 de límite de cobertura del plan para aparatos auditivos cada dos años.</p>
<p>28 Servicios de la vista</p>	<p>20% de coseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Los exámenes de la vista rutinarios complementarios y los anteojos no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p>	<p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas. ▪ \$0 de copago por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y padecimientos de los ojos. ▪ \$0 de copago por 1 examen de la vista rutinario complementario como máximo cada año ▪ \$0 de copago por anteojos ▪ \$0 de copago por lentes de contacto

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Basic (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
	Las evaluaciones de glaucoma anuales están cubiertas para las personas con riesgo.	\$300 de límite de cobertura del plan para anteojos y lentes de contacto cada dos años.
Artículos de venta sin receta	Sin cobertura.	General El plan no cubre artículos de venta sin receta.
Transporte (rutinario)	Sin cobertura.	Dentro de la red \$0 de copago hasta 26 viajes de ida al lugar aprobado por el plan cada año
Acupuntura	Sin cobertura.	Dentro de la red Este plan no cubre acupuntura.