



Resumen de Beneficios

1 de enero de 2012 — 31 de diciembre de 2012

Physicians Health Choice, Inc.

Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
H4527-003
Texas: condados de Hays, Travis, Williamson



Sección I - Introducción al Resumen de Beneficios

Le agradecemos su interés en el Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP). Nuestro plan es ofrecido por PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC/Physicians Health Choice, un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Medicare Advantage. Este plan está diseñado para personas que cumplen criterios específicos de inscripción.

Usted puede ser elegible para inscribirse en este plan si recibe asistencia del estado y Medicare.

Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Llame a la oficina del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro número se lista al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios explica algunas características de nuestro plan. No lista 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 Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) 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 Select (HMO SNP). También podría tener otras opciones. Usted elige. No importa lo que usted decida, usted sigue estando en el Programa Medicare.

Si es elegible para Medicare y Medicaid (doble elegibilidad) puede inscribirse en un plan o dejarlo en cualquier momento.

Llame a la oficina del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) 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 Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) 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 Select (HMO SNP)?

El área de servicio para este plan incluye: Condados de Hays, Travis, 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 Select (HMO SNP)?

Usted puede inscribirse en el Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) 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 Select (HMO SNP), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó su diálisis.

También debe estar inscrito en STAR+PLUS para inscribirse en este plan.

Llame al plan para saber si es elegible para inscribirse.

¿Puedo elegir a mis doctores?

El Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) 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

¿Dónde puedo obtener mis recetas médicas si me inscribo en este plan?

El Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) ha formado una red de farmacias. Debe ir a una de las farmacias de nuestra red para recibir los beneficios del plan. Es posible que no paguemos sus medicamentos recetados si usted va a una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias incluidas en nuestra red pueden cambiar en cualquier

momento. Usted puede pedir un directorio de farmacias o verlo en nuestro sitio de internet www.PHCcares.com. Nuestro número de Servicio al Cliente se lista al final de esta introducción.

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

El Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) cubre medicamentos recetados de Medicare Parte B y medicamentos recetados de Medicare Parte D.

¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?

El Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) se basa en un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Periódicamente agregamos, quitamos o hacemos cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos, o cambiamos la cantidad que usted paga por un medicamento. Si el cambio que hacemos en el formulario limita la habilidad de nuestros miembros de obtener sus recetas, notificaremos a los miembros afectados antes de que ocurra el cambio. Le enviaremos un formulario y también puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio de internet www.PHCcares.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que obtenga un suministro temporal del medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo listado en nuestro formulario, con la ayuda de su doctor. Llámenos para ver si usted puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo recibir ayuda adicional para costear el plan de medicamentos

recetados u otros costos de Medicare?

Es posible que usted consiga ayuda adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados al igual que ayuda para otros costos de Medicare. Para ver si usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional, llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfono de texto (TTY/TDD) pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana; también pueden visitar el sitio de internet www.medicare.gov y consultar el apartado "Programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados" en la publicación Medicare y Usted.

* A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de teléfono de texto (TTY/TDD) pueden llamar al 1-800-325-0778 o

* A la oficina de Medicaid de su estado.

¿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 Select (HMO SNP), 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 al comprobante de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto de la QIO.

Como miembro del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la cobertura, lo cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si le negamos la cobertura de un medicamento recetado, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la cobertura si desea que paguemos por un medicamento de la Parte D que usted cree que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de la cobertura. Usted puede solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debe obtener un medicamento no preferente a un menor desembolso. Usted puede también pedir una excepción a las reglas de costo y utilización, como la de un límite

en la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de tratar de obtener su receta en una farmacia. Su doctor debe presentar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si negamos la cobertura para sus medicamentos recetados, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja formal si tiene algún problema con nosotros o con alguna de nuestras farmacias de la red, siempre que no tenga que ver con la cobertura de un medicamento recetado. 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 es un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés)?

Un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede decidir no participar, pero se recomienda que aproveche al máximo este servicio cubierto si es seleccionado. Comuníquese con Physicians Health Choice Select (HMO SNP) para más detalles.

¿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 Select (HMO SNP) para 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

Physicians Health Choice Select (HMO SNP).

Visítenos en www.PHCcares.com o llámenos:

Horario de Servicio al Cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., Hora Central

Los miembros actuales deben llamar sin cargo al **(866)-550-4736** si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros potenciales deben llamar sin cargo al **(877)-238-0624** si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros actuales deben llamar localmente al **(866)-550-4736** si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros potenciales deben llamar localmente al **(877)-238-0624** si tienen preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros actuales deben llamar sin cargo al **(866)-550-4736** si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros potenciales deben llamar sin cargo al **(877)-238-0624** si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros actuales deben llamar localmente al **(866)-550-4736** si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. **(TTY/TDD 711)**

Los miembros potenciales deben llamar localmente al **(877)-238-0624** si tienen preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. **(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, visite www.medicare.gov en internet.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como en Braille, en letra grande o en 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 obtener más información, llame a 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 Select (HMO SNP)
Información importante		
<p>1 Primas e información importante adicional</p>	<p>En el 2012 la prima mensual de la Parte B es de \$0 y el deducible anual de la Parte B es de \$0.</p> <p>Si un doctor o proveedor no acepta la asignación, sus costos son normalmente más altos, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>General * Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga que pagar costo compartido por los servicios de Medicare Original</p> <p>** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>\$0 de prima mensual del plan*</p> <p>Dentro de la red \$0 de deducible anual.*</p> <p>\$3,350 de límite de desembolso por los servicios cubiertos por Medicare. Sin embargo, en este plan no tendrá que pagar costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare, basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.</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 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		

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Atención para paciente hospitalizado (continúa)		
<p>3 Atención para Pacientes Hospitalizados (incluye servicios para abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	<p>Por cada período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: \$0 de deducible ▪ Días 61 - 90: \$0 por día ▪ Días 91 - 150: \$0 por día de reserva vitalicia <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. 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 con cobertura del plan por cada estadía en el hospital.</p> <p>\$0 de deducible anual*</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago por cada estadía adicional en el hospital.</p>
<p>4 Atención de salud mental para paciente hospitalizado</p>	<p>Por cada período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 60: \$0 de deducible ▪ Días 61 - 90: \$0 por día ▪ Días 91 - 150: \$0 por día de reserva vitalicia <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>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago*</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>\$0 de deducible anual*</p> <p>El Plan cubre 60 días de reserva vitalicia. \$0 de copago por día de reserva vitalicia*.</p>

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Atención para paciente hospitalizado (continúa)		
<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 2012 las cantidades para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1 - 20: \$0 por día ▪ Días 21 - 100: \$0 por día <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. 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>\$0 de deducible anual*</p> <p>\$0 de copago por servicios de SNF*</p>
<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>	<p>\$0 de copago.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por las visitas para el cuidado de la salud a domicilio con cobertura de Medicare*</p>
<p>7 Hospicio</p>	<p>Usted debe recibir la atención de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General Usted debe recibir la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará por una visita de consulta antes de que usted seleccione el hospicio.</p>
Atención ambulatoria		

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Atención ambulatoria (continúa)		
<p>8 Visitas al consultorio</p>	<p>0% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada consulta con su médico de atención primaria para beneficios cubiertos por Medicare*. \$0 de copago por el costo de cada consulta de atención urgente cubierta por Medicare dentro de la red, si es dentro del área*. \$0 de copago por cada consulta de un especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare*.</p>
<p>9 Servicios de un quiropráctico</p>	<p>Atención rutinaria complementaria no cubierta 0% 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 \$0 de copago por las consultas de quiropráctico cubiertas por Medicare* Las consultas de quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones (la subluxación es el desplazamiento o la desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si recibe el servicio de un quiropráctico o de otro proveedor calificado.</p>
<p>10 Servicios de podiatría</p>	<p>Atención rutinaria complementaria no cubierta. 0% 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 \$0 de copago por beneficios de podiatría cubiertos por Medicare*. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención médicamente necesaria para los pies.</p>
<p>11 Atención de salud mental para paciente ambulatorio</p>	<p>0% de coseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para paciente ambulatorio 0% de coseguro del monto aprobado por Medicare por cada servicio que usted recibe de un profesional calificado como parte de un Programa de Hospitalización Parcial.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por las consultas de salud mental cubiertas por Medicare* \$0 de copago por cada consulta con un psiquiatra con cobertura de Medicare* \$0 de copago por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare*</p>

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Atención ambulatoria (continúa)		
	El "Programa de hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes ambulatorios, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.	
12 Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias	0% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago para las consultas con cobertura de Medicare*
13 Servicios/Cirugía para pacientes ambulatorios	0% de coseguro por los servicios del médico 0% de coseguro por los servicios en un centro de cirugía ambulatoria	Dentro de la red \$0 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare* \$0 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare*
14 Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	0% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare*.
15 Atención de emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, de manera razonable, que necesita atención de emergencia.)	0% de coseguro por los servicios del médico 0% por servicios de emergencia en un hospital como paciente ambulatorio Sin cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.	General \$0 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare* Cobertura en todo el mundo. Si lo admiten en el hospital en un plazo de 24 horas por el mismo padecimiento, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Atención ambulatoria (continúa)		
16 Cuidado requerido de urgencia (Esto NO ES atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)	0% de coseguro NO ESTÁ CUBIERTO fuera de Estados Unidos, excepto bajo circunstancias limitadas.	General \$0 de copago por visitas para cuidado requerido de urgencia cubiertas por Medicare*
17 Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio (Terapia ocupacional, Terapia física, Terapia del habla y del lenguaje)	0% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare* \$0 de copago por consultas de terapia física y/o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare*
Servicios médicos ambulatorios y suministros		
18 Equipo médico durable (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	0% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago por artículos cubiertos por Medicare*
19 Aparatos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	0% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago por artículos cubiertos por Medicare*
20 Programas y Suministros para la Diabetes	0% de coseguro para capacitación para el autocontrol de la diabetes 0% de coseguro para suministros para la diabetes 0% de coseguro para zapatos o insertos terapéuticos para la diabetes	Dentro de la red \$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes* \$0 de copago por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministros de control de la diabetes* ▪ Zapatos e insertos terapéuticos*

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios médicos ambulatorios y suministros (continúa)		
<p>21 Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>0% 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 de evaluación rutinarias, complementarias, como la medición de su nivel de colesterol.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por los siguientes conceptos con cobertura de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de laboratorio* ▪ Procedimientos y pruebas de diagnóstico* ▪ Radiografías* ▪ Servicios de radiología de diagnóstico (con exclusión de radiografías)* ▪ Servicios de radiología terapéutica*
<p>22 Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar</p>	<p>0% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>0% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>0% 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>\$0 de copago por los siguientes conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare* ▪ Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare* ▪ Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare*
Servicios preventivos		
<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 	<p>General</p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original a cero costo compartido:</p>

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. Cubiertos 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. ▪ 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. 	<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 El plan cubre los siguientes programas de educación/bienestar complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Membresía en un Gimnasio/Clases de Acondicionamiento Físico

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	
24 Enfermedad y padecimientos renales	0% de coseguro por diálisis renal 0% de coseguro por servicios de educación sobre la enfermedad renal	Dentro de la red \$0 de copago por diálisis renal* \$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal*
25 Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	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,	Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B General \$0 de deducible anual para los medicamentos cubiertos por la Parte B*. Copago de \$0 para los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
	<p>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 D General</p> <p>Este plan se basa en un formulario. La organización del plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en nuestro sitio de internet www.PHCcares.com.</p> <p>Pueden aplicarse costos de desembolso diferentes para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tengan ingresos limitados, ▪ vivan en centros de atención médica prolongada, o ▪ tengan acceso a proveedores del programa de atención de Indígenas/Tribales/Urbanos (programa federal Indian Health Service). <p>El plan ofrece cobertura de recetas dentro de la red a nivel nacional (es decir, en los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos recetados que si los obtuviera en una farmacia de dentro de la red pero fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando usted viaja).</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede exigirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener primero la autorización del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) para ciertos medicamentos.</p>

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
		<p>Usted debe ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedores o requisitos de educación del paciente que la mayoría de las farmacias de su red no pueden ofrecer para estos medicamentos. Estos medicamentos se listan en el sitio de internet del plan, el formulario y los materiales impresos, así como en el buscador del Plan de medicamentos recetados de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real del medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el monto más elevado del costo compartido.</p>
Dentro de la red		Usted paga un deducible anual de \$0.
Cobertura inicial		<p>Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$1.10 de copago o ▪ \$2.60 de copago <p>Por todos los demás medicamentos, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$3.30 de copago o ▪ \$6.50 de copago.
Farmacia minorista		<p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ suministro para un mes (31 días) ▪ suministro para tres meses (90 días)
Medicamentos por correo		Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ suministro para tres meses (90 días)
Cobertura de gastos médicos mayores		Usted paga \$0 de copago.
Fuera de la red		<p>Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, como enfermarse cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el costo compartido que le corresponde si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, posiblemente tendrá que pagar el cargo completo de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir el reembolso del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener los medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ suministro para un mes (31 días)
Cobertura inicial fuera de la red		<p>Dependiendo de su ingreso y estado institucional, usted recibirá un reembolso por parte del Plan Physicians Health Choice Select (HMO SNP) hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$1.10 de copago o ▪ \$2.60 de copago <p>Por todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$3.30 de copago o ▪ \$6.50 de copago.

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
Cobertura de gastos médicos mayores fuera de la red		Se le reembolsará el total del costo de la compra de los medicamentos fuera de la red.
26 Servicios dentales	Los servicios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.	<p>Dentro de la red \$0 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
27 Servicios de audición	<p>Los exámenes de audición rutinarios complementarios y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>0% de coseguro por exámenes de diagnóstico de audición.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$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>
28 Servicios de la vista	<p>0% 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>Las evaluaciones de glaucoma anuales están cubiertas para las personas con riesgo.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y padecimientos de los ojos*</p> <p>\$0 de copago por los siguientes conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas*. ▪ \$0 de copago por 1 examen de la vista rutinario complementario como máximo cada año ▪ \$10 de copago por anteojos ▪ \$10 de copago por lentes de contacto

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Servicios preventivos (continúa)		
		\$150 de límite de cobertura del plan para anteojos y lentes de contacto cada dos años.
Artículos de venta sin receta	Sin cobertura.	<p>General Visite el sitio de internet de nuestro plan para consultar los artículos vendidos sin receta que están cubiertos.</p> <p>Sólo el miembro está autorizado para comprar los artículos vendidos sin receta.</p> <p>Sírvase comunicarse con el plan para las instrucciones específicas para usar este beneficio.</p>
Transporte (rutinario)	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red \$0 de copago hasta 60 viajes de ida al lugar aprobado por el plan cada año</p>
Acupuntura	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red Este plan no cubre acupuntura.</p>

*Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

** Consulte a su plan sobre el costo compartido al obtener servicios de proveedores fuera de la red.

Sección IV - Información para las personas con Medicare y Medicaid

Las personas que califican para Medicare y Medicaid tienen **doble elegibilidad**. Al tener doble elegibilidad, usted es elegible para recibir beneficios bajo el programa federal Medicare y bajo el programa estatal Medicaid. Los beneficios de Medicare Original y complementarios que recibe como miembro de este plan se listan en la Sección II.

La clase de beneficios de Medicaid que recibe la determina su estado y puede variar dependiendo de sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos miembros con doble elegibilidad no tienen que pagar por ciertos costos de Medicare. A continuación se enumeran las categorías de beneficios y el tipo de asistencia de Medicaid:

- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** El pago de sus primas de Medicare Parte A, en algunos casos las primas de Medicare Parte B y beneficios completos de Medicaid.
- **Individuo calificado como discapacitado que trabaja (QDWI, por sus siglas en inglés):** Pago de sus primas de Medicare Parte A.
- **Individuo calificado (QI):** Pago de sus primas de Medicare Parte B.
- **Beneficiario de Medicare especificado con bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Pago de sus primas de Medicare Parte B.
- **SLMB-Plus:** Pago de sus primas de Medicare Parte B y beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB solamente):** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles y costo compartido (se excluyen los copagos de la Parte D).
- **QMB-Plus:** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles y el costo compartido (excluyendo los copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

Si usted es un QMB o QMB-Plus, pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare tal como se muestra en la Sección II, excepto por los copagos de los medicamentos recetados de la Parte D.

Si usted no es un QMB o QMB-Plus pero califica para los beneficios completos de Medicaid, es posible que deba pagar copagos, coseguro y deducibles, según su cobertura de Medicaid.

La siguiente tabla describe los beneficios de Medicaid que puede haber disponibles para usted bajo el programa Medicaid de su estado, según su cobertura de Medicaid. La tabla también explica si hay disponible un beneficio similar bajo nuestro plan.

Es importante que entienda que los beneficios de Medicaid pueden variar basándose en su nivel de ingresos y otras normas. También, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estado actual, es posible que no reúna los requisitos para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras sea un miembro de nuestro plan, usted puede acceder a los beneficios del plan independientemente de su estatus en Medicaid.

Llame al programa Medicaid de su estado al 1-800-252-8263 para obtener la información más reciente y precisa con respecto a su elegibilidad y beneficios.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Acupuntura	Este no es un beneficio de Medicaid.	Sin cobertura
Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	<p>Para aquellos que reúnen los requisitos de QMB, Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relativas a la elección de hospital y doctor.</p> <p>\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Información adicional disponible en la Sección 2
Dispositivos auxiliares de comunicación También conocidos como Sistema de comunicación aumentativa (ACD) – Cuidado de la salud a domicilio	<p>Un sistema ACD es un beneficio de los Servicios de cuidado de la salud a domicilio, Título XIX del Medicaid de Texas.</p> <p>Se requiere autorización previa para los sistemas ACD provistos a través de los Servicios de cuidado de la salud a domicilio, Título XIX del Medicaid de Texas.</p> <p>La autorización previa también incluye todos los accesorios y/o suministros relacionados.</p> <p>Para los miembros con doble elegibilidad que reúnen los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare se agota.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Información adicional disponible en la Sección 2
Medición de la densidad ósea (para personas con Medicare que corren mayor riesgo)	<p>La evaluación de la densidad ósea es un beneficio del Medicaid de Texas.</p> <p>El Medicaid de Texas cubre solamente la prueba de absorciometría de fotón simple.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Rehabilitación cardíaca	La rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios está cubierta para miembros que cumplen ciertos criterios	Información adicional disponible en la Sección 2

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	<p>de diagnóstico por un número limitado de sesiones.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	
Servicios de un quiropráctico	<p>El tratamiento manipulativo quiropráctico (CMT) realizado por un quiropráctico licenciado por la Junta de Examinadores de Quiroprácticos del Estado de Texas es un beneficio del Medicaid de Texas.</p> <p>El CMT se reembolsa solamente en el caso de un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral.</p> <p>El diagnóstico, los servicios terapéuticos o las terapias complementarias suministradas por un quiropráctico o por otros bajo sus órdenes o dirección no son un beneficio del Medicaid de Texas</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Información adicional disponible en la Sección 2
Exámenes de evaluación colorrectal (para personas con Medicare a partir de los 50 años de edad)	<p>Los análisis de sangre oculta en la materia fecal, los enemas de bario, las colonoscopias y sigmoidoscopias son un beneficio del Medicaid de Texas.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios dentales	Los servicios dentales son beneficios del Medicaid de Texas para los clientes elegibles de Medicaid que tengan 20	Información adicional disponible en la Sección 2

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	<p>años o menos a través del programa THSteps y para clientes que tengan 21 años o más en un ICF-MR.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad que reúnan los criterios anteriores, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Los servicios sin cobertura de Medicare incluyen: Exámenes bucales, radiografías rutinarias y limpiezas rutinarias. Consulte la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.</p>
<p>Suministros para la diabetes (incluye cobertura para medidores de glucosa, tiras reactivas de prueba, lancetas, pruebas de evaluación)</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Las pruebas de diagnóstico, los servicios de laboratorio y radiológicos médicamente necesarios son un beneficio. La exploraciones con TC/RM requieren una autorización previa.</p> <p>Cada procedimiento está sujeto a limitaciones.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>
<p>Elección de doctor y hospital</p>	<p>Las estadias en un hospital como paciente hospitalizado son un beneficio cubierto para aquellos que reúnen los requisitos de QMB, Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relativas a la elección de hospital y doctor.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Visitas al consultorio	<p>El Medicaid de Texas reembolsa las consultas de evaluación y administración de un médico.</p> <p>Las consultas grupales se limitan a un máximo de 4 por año.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Equipo médico durable (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Atención de Emergencia (Puede ir a cualquier sala de emergencias si tiene razón para creer que necesita atención de emergencia.)	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	\$0 de copago
Enfermedad renal en etapa final	<p>El Medicaid de Texas cubre los dos métodos de reembolso: Tarifa Combinada y Trato Directo.</p> <p>Los servicios de un médico por la administración de diálisis también están cubiertos.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
<p>Educación de salud/bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiales impresos de educación de salud, como Boletines ▪ Capacitación nutricional ▪ Programa para dejar de fumar adicional ▪ Otros beneficios de bienestar 	<p>Este no es un beneficio del Medicaid de Texas, pero está disponible en uno de los programas piloto como los proyectos para la diabetes y el asma.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Los servicios sin cobertura de Medicare incluyen: beneficio de acondicionamiento físico. Consulte la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.</p>
<p>Servicios de audición</p>	<p>El examen de audición y los aparatos auditivos para un oído y para dos oídos son un beneficio.</p> <p>Los aparatos auditivos no requieren autorización previa en el caso del aparato auditivo inicial, excepto cuando se exceden las limitaciones establecidas.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Información adicional disponible en la Sección 2</p> <p>Servicios sin cobertura de Medicare: Exámenes de audición rutinarios y crédito para aparatos auditivos. Consulte la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.</p>
<p>Cuidado de la salud a domicilio (Incluye la atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de auxiliar para el cuidado de salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Las visitas de enfermeras especializadas (SN) y de auxiliares para el cuidado de la salud a domicilio (HHA) son un beneficio de los Servicios de Salud a Domicilio, Título XIX del Medicaid de Texas</p> <p>Los servicios de enfermería privados son un beneficio del Programa Pasos de Salud-Atención Integral de Texas (THSteps-CCP) para los clientes de Medicaid de 20 años o menos.</p> <p>Los Servicios de Atención Personal (PCS) son un beneficio del THSteps-CCP para los clientes de Medicaid de Texas desde su nacimiento hasta los 20 años de edad, siempre que no sean un paciente hospitalizado o un</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	<p>residente en un hospital, en una instalación de enfermería o en un ICF/MR, o en una institución para enfermedades mentales.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	
Hospicio	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: Cuando los clientes eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal. Los clientes de Medicare y Medicaid deben elegir ambos programas de hospicio, el de Medicare y el de Medicaid</i></p>	Dentro de la red \$0 de copago
Vacunas (Vacuna contra la gripe, vacuna contra la Hepatitis B – para personas con Medicare que corren mayor riesgo, vacuna contra la neumonía)	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
<p>Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados</p> <p>(Incluye servicios para abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Se requiere autorización previa para el tratamiento del abuso de sustancias como paciente hospitalizado.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: Restringido a personas de 13 años y mayores. Las admisiones para el simple diagnóstico de la dependencia química o del abuso de sustancias sin una complicación médica acompañante no son un beneficio del Medicaid de Texas.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Atención de salud mental para paciente hospitalizado</p>	<p>Las admisiones como paciente hospitalizado a hospitales de cuidados agudos para adultos y niños por condiciones psiquiátricas son un beneficio del Medicaid de Texas.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: El tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados está sujeto a los requisitos correspondientes.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Mamografías (Evaluación Anual)</p> <p>(para mujeres con Medicare de 40 años de edad y mayores)</p>	<p>Los siguientes estudios de imágenes del seno son un beneficio del Medicaid de Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamografía de detección de cáncer ▪ Mamografía de diagnóstico ▪ Ecografía de diagnóstico del seno <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Prima mensual	La asistencia de Medicaid con pago de prima puede variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.	Información adicional disponible en la Sección 2
Mamografías	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha ocupado todo el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Atención de salud mental para paciente ambulatorio	<p>La atención de salud mental para paciente ambulatorio es un beneficio del Medicaid de Texas.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: Restringido a personas de 13 años o mayores.</i></p> <p><i>La autorización previa es opcional; sin embargo, los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios sin autorización previa se limitan a 30 encuentros/visitas por cliente, por cada año calendario.</i></p>	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y del Lenguaje)	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios/Cirugía para paciente ambulatorio	Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.	Dentro de la red \$0 de copago

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: La terapia para dejar de usar tabaco y cafeína, y la terapia ocupacional como parte de un programa de desintoxicación o tratamiento no tienen cobertura. Se aplican límites de horas de terapia.</i></p>	Dentro de la red \$0 de copago
Prueba de Papanicolaou y Examen Pélvico (para mujeres con Medicare)	<p>Los exámenes ginecológicos, los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos son beneficios del Medicaid de Texas</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Exámenes físicos	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de podiatría	Los servicios de podiatría y relacionados son un beneficio del Medicaid de Texas.	Dentro de la red \$0 de copago

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: Los requisitos de autorización previa que se aplican a los servicios provistos por médicos (M.D. o D.O.) también se aplican a los servicios provistos por un podiatra</i></p>	
<p>Medicamentos recetados</p>	<p>Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios son un beneficio para clientes elegibles cuando se obtienen a través de una farmacia con contrato con el Proveedor de Medicaid</p> <p><i>Nota: Para miembros del programa de medicamentos o con doble elegibilidad, Medicaid no cubrirá ningún medicamento de Medicare Parte D.</i></p> <p><i>\$0 de copago por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no cubiertos por Medicare Parte D.</i></p>	<p>Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos de la Parte D (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$1.10 de copago o ▪ \$2.50 de copago <p>Por todos los demás medicamentos de la Parte D, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago o ▪ \$3.30 de copago o ▪ \$6.30 de copago
<p>Exámenes de evaluación de cáncer de próstata (para hombres con Medicare de 50 años de edad y mayores)</p>	<p>El examen de detección de cáncer de próstata es un beneficio del Medicaid de Texas para los hombre de 50 a 64 años de edad.</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>
<p>Aparatos Protésicos (Incluye frenillos, extremidades y ojos artificiales, etc.)</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad menores de 21 años (CCP), Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
	<p>Se requiere autorización previa</p> <p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por las prótesis de seno si no están cubiertas por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Se aplican límites de cantidades, y varían con cada dispositivo. NO se requerirá autorización previa dentro de las limitaciones, a excepción de los códigos misceláneos.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	
<p>Instalación de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(en una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de telemedicina</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Transporte (rutinario)</p>	<p>Para los miembros con doble elegibilidad, el Programa de transporte médico de Medicaid (MTP) provee transporte en casos que no son de emergencia, si no está cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Servicios no cubiertos por Medicare: Incluye 60 viajes de ida a lugares aprobados por el plan. Vea la Sección 2 para información adicional del beneficio.</p>
<p>Cuidado requerido de urgencia</p> <p>(Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos,</p>	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
está fuera del área de servicio.)	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.	
Servicios de la vista	<p>Para miembros con doble elegibilidad, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p><i>Nota: Los servicios de un oculista se limitan al montaje y suministro de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.</i></p>	<p>Información adicional disponible en la Sección 2</p> <p>Servicios sin cobertura de Medicare: Incluye exámenes de la vista rutinarios y crédito por anteojos o lentes de contacto. Consulte la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.</p>
<p>Servicios de exención basados en el hogar y comunidad</p> <p>Aquellos que cumplen los requisitos de QMB y que también cumplen los criterios financieros para cobertura completa de Medicaid, también pueden ser elegibles para recibir todos los Servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención. Los servicios de exención están limitados a personas que cumplen criterios de elegibilidad de exención adicionales.</p>		
Servicio de exención de alternativas basadas en la comunidad (CBA)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Exención para Servicios de Asistencia y Apoyo para Vivir en la Comunidad (CLASS)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Programa de servicios de exención consolidados (CWP) - Condado de Bexar/San Antonio solamente	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Exención para Sordo no vidente con discapacidades múltiples (DB-MD)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas	Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
Exención para Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Programa para niños médicamente dependientes (MDCP)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Exención STAR+PLUS	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original
Exención para vivir en el hogar de Texas (TxHmL)	Para información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención, comunicarse con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados (DADS).	Sin cobertura más allá del alcance de Medicare Original