



Resumen de Beneficios

1 de enero de 2012 — 31 de diciembre de 2012

Physicians Health Choice, Inc.

Physicians Health Choice Total (HMO)
H4527-002
Texas: condados de Hays, Travis, Williamson



Sección I - Introducción al Resumen de Beneficios

Le agradecemos su interés en el Plan Physicians Health Choice Total (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 Plan Physicians Health Choice Total (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 Total (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 Total (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 Plan Physicians Health Choice Total (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 Total (HMO)?

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 Total (HMO)?

Usted puede inscribirse en el Plan Physicians Health Choice Total (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 Total (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 Total (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

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

El Plan Physicians Health Choice Total (HMO) 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.

El Plan Physicians Health Choice Total (HMO) tiene una lista de farmacias preferentes. En estas farmacias, usted puede obtener sus medicamentos con un copago o coseguro menor. Usted puede ir a una farmacia no preferente, pero es posible que tenga que pagar más por sus medicamentos recetados.

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

El Plan Physicians Health Choice Total (HMO) 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 Total (HMO) 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 Total (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 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 Total (HMO), 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 Total (HMO) para obtener 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 Total (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 (Epoietina 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 Total (HMO).

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 **(866)-658-2053** 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 **(866)-658-2053** 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 **(866)-658-2053** 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 **(866)-658-2053** 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 Total (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 primas de la Parte B y Parte D más elevadas debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea información adicional sobre las primas de Partes B y D basadas en los ingresos. 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>\$4,200 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 Total (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: \$300 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 - 4: \$300 de copago por día ▪ Días 5 - 90: \$0 de copago por día

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (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 - 62: \$100 de copago por día ▪ Días 63 - 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 Total (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>\$30 de copago por cada atención urgente cubierta por Medicare dentro de la red, si es dentro del área.</p> <p>\$30 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 \$20 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 \$30 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 \$30 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>\$30 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare</p> <p>\$30 de copago por visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (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>\$30 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>\$30 de copago por visitas de terapia individual cubiertas por Medicare</p> <p>\$30 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>\$175 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</p> <p>\$175 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>\$160 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 Total (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>\$30 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>\$30 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 Total (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>20% del costo por los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$20 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>\$30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>\$30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p> <p>\$30 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</p>
Servicios preventivos		

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (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 Total (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 Total (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 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 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 dentro de la red 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 y un plan de la Parte D.</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</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<p>Choice Total (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <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. Estos medicamentos están enumerados en el sitio web del plan, en el listado y en 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> <p>Si usted solicita una excepción del listado para un medicamento y el Plan Physicians Health Choice Total (HMO) aprueba la excepción, usted pagará el Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes, costo compartido para ese medicamento.</p>
Dentro de la red		\$0 de deducible.
Cobertura inicial		Usted paga lo siguiente hasta que el total de los costos anuales de medicamentos alcance \$2,930:
Farmacia minorista		<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$3 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel ▪ \$9 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$30 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$90 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel ▪ \$120 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$80 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel ▪ \$240 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de coseguro por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel ▪ 33% de coseguro por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel
Medicamentos por correo		<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$2 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente. ▪ \$9 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente. <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$5 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$90 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente. <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$110 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente. ▪ \$120 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente. <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$230 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente. ▪ \$240 de copago por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente. <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de coseguro por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente. ▪ 33% de coseguro por suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente.
Período sin cobertura adicional		<p>El plan cubre muchos medicamentos genéricos (10%-64% de los medicamentos genéricos del formulario) durante el período sin cobertura.</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p>
Farmacia minorista - 2		<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$3 de copago por suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel ▪ \$9 de copago por suministro de tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel
Medicamentos por correo - 2		<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$2 de copago por suministro de tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo preferente. ▪ \$9 de copago por suministro de tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel de una farmacia de medicamentos por correo no preferente. <p>Después de que sus costos totales anuales en medicamentos alcanzan \$2,930, usted recibe una cobertura limitada del plan para ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en los medicamentos de marca. Por lo general, no pagará más del 86% del costo del plan en el caso de medicamentos genéricos hasta que su desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700.</p>
Cobertura de gastos médicos mayores		<p>Después de que su desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700, usted paga lo que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% de coseguro, o ▪ Un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (se incluyen los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos.
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</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<p>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 Total (HMO).</p>
Cobertura inicial fuera de la red		<p>Le reembolsarán hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta que los costos anuales totales de los medicamentos alcancen \$2,930:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$3 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$30 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$80 de copago por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de coseguro por suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel <p>No le reembolsarán la diferencia entre el cargo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
Período sin cobertura adicional fuera de la red		<p>Se le reembolsará el costo de los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$3 de copago por suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le reembolsarán hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales de desembolso anual en medicamentos alcancen \$4,700. <p>Se le reembolsará hasta el precio descontado por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que el desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le reembolsarán hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales de desembolso anual en medicamentos alcancen \$4,700. <p>Se le reembolsará hasta el precio descontado por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que el desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le reembolsarán hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales de desembolso anual en medicamentos alcancen \$4,700.

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
		<p>Se le reembolsará hasta el precio descontado por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que el desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le reembolsarán hasta el 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales de desembolso anual en medicamentos alcancen \$4,700. <p>Se le reembolsará hasta el precio descontado por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que el desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>
Cobertura de gastos médicos mayores fuera de la red		<p>Después de que su desembolso anual en medicamentos alcance \$4,700, le reembolsarán hasta el costo del plan por los medicamentos comprados fuera de la red menos su costo compartido, que es lo que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% de coseguro, o ▪ Un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (se incluyen los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos. <p>No le reembolsarán la diferencia entre el cargo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>
26 Servicios dentales	Los servicios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.	<p>Dentro de la red</p> <p>En general, los beneficios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.</p> <p>\$30 de copago por los beneficios dentales cubiertos por Medicare</p>

Beneficio	Medicare Original	Physicians Health Choice Total (HMO)
Servicios preventivos (continúa)		
27 Servicios de audición	<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 Los aparatos auditivos no tienen cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$30 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
28 Servicios de la vista	<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>Las evaluaciones de glaucoma anuales están cubiertas para las personas con riesgo.</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 ▪ \$5 de copago por anteojos ▪ \$5 de copago por lentes de contacto <p>\$150 de límite de cobertura del plan para anteojos y lentes de contacto cada dos años.</p>
Artículos de venta sin receta	Sin cobertura.	<p>General El plan no cubre artículos de venta sin receta.</p>
Transporte (rutinario)	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red \$0 de copago hasta 26 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>