

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP). Nuestros planes son ofrecidos por METROPLUS HEALTH PLAN, INC. / MetroPlus Health Plan, un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de la Organización para el Mantenimiento (HMO) de la Salud de Medicare Advantage. Estos planes fueron diseñados para personas que satisfacen criterios específicos de inscripción.

Usted podría ser elegible para afiliarse a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP), si recibe asistencia del Estado y de Medicare. Si ha sido diagnosticado con VIH/SIDA usted podría ser elegible para afiliarse a MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).

Para los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y de MetroPlus Select Plan (HMO SNP), todos los costos compartidos que figuran en este resumen de beneficios se basan en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Llame a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) para averiguar si es elegible para afiliarse. Nuestro número figura al final de esta introducción.

Este resumen de beneficios le informa sobre algunas características de nuestro plan. No incluye todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) y pida la “Evidencia de Cobertura”.

USTED TIENE OPCIONES CUANDO SE TRATA DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Medicare le ofrece a usted, como beneficiario, diferentes opciones. Una opción es Original Medicare Plan (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, tal como MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP). Incluso podría tener otras opciones. Usted decide. Tome la decisión que tome, usted permanece dentro del Programa de Medicare.

Si usted es elegible para ambos, Medicare y Medicaid (doble elegibilidad), usted puede afiliarse o retirarse de un plan en cualquier momento. Si usted tiene una o más de las enfermedades enumeradas, usted podría inscribirse en el plan en cualquier momento, pero sólo podría abandonar el plan en ciertos periodos.

Llame a MetroPlus Health Plan al número que figura al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Con este Resumen de Beneficios puede comparar a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP), MetroPlus Select Plan (HMO SNP) y Original Medicare Plan. Las tablas en este manual enumeran algunos beneficios de salud importantes. Usted puede ver, para cada beneficio, lo que cubre nuestro plan y lo que cubre Original Medicare Plan.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece Original Medicare Plan. Además, ofrecemos beneficios adicionales que pueden cambiar cada año.

¿DÓNDE OFRECEN METROPLUS ADVANTAGE PLAN (HMO SNP), METROPLUS MEDICARE PARTNERSHIP IN CARE PLAN (HMO SNP) Y METROPLUS SELECT PLAN (HMO SNP)?

El área de servicio para estos planes incluye los condados de: Bronx, Kings, Nueva York y Queens, en Nueva York. Usted debe vivir en una de estas áreas para afiliarse al plan. Más de un plan esta enumerado en este resumen de beneficios. Si esta inscrito en un plan y quiere cambiarse a otro plan, puede hacerlo solo durante ciertos periodos del año. Por favor llame al Departamento de Atención al Cliente para más información.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE EN METROPLUS ADVANTAGE PLAN (HMO SNP), METROPLUS MEDICARE PARTNERSHIP IN CARE PLAN (HMO SNP) Y METROPLUS SELECT PLAN (HMO SNP)?

Usted puede afiliarse a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan

(HMO SNP) si tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare y vive dentro del área de servicio. Sin embargo, por lo general las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal no son elegibles para inscribirse en MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) o MetroPlus Select Plan (HMO SNP), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzaron con la diálisis.

Para afiliarse a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP), también debe recibir asistencia del estado.

Para afiliarse a MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP), su médico debe haberlo diagnosticado con VIH/SIDA. Por favor llame al plan para averiguar si usted es elegible para inscribirse.

¿PUEDO ELEGIR A MIS DOCTORES?

MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) han formado una red de doctores, especialistas y hospitales. Sólo puede usar los doctores que sean parte de nuestra red. Los proveedores de atención médica en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede pedir un Directorio de Proveedores actualizado. Para obtener una lista actualizada visítenos en www.metroplusmedicare.org.

Nuestro número de atención al cliente figura al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VISITO A UN DOCTOR QUE NO ESTÁ EN LA RED?

Si usted elige acudir a un doctor fuera de nuestra red, deberá pagar por esos servicios usted mismo, excepto en algunas situaciones limitadas (por ejemplo, para atención de emergencia). Ni nuestro plan ni Original Medicare Plan pagará por estos servicios.

¿DÓNDE PUEDO SURTIR MIS RECETAS SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?

MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) han formado una red de farmacias. Usted debe usar una farmacia dentro de la red para recibir los beneficios del plan.

No pagaremos sus medicamentos si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedirnos un directorio de farmacias o visitarnos en línea en www.metroplusmedicare.org. Nuestro número de atención al cliente figura al final de esta introducción.

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

MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) sí cubren los medicamentos recetados de la Parte B y los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿QUÉ ES UNA FARMACOPEA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) usan una farmacopea. Una farmacopea es una lista de medicamentos que cubre nuestro plan para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Periódicamente podríamos agregar, remover o cambiar las limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos o cambiar la cantidad que usted paga por un medicamento. Si realizamos cualquier cambio a la farmacopea que limite a nuestros miembros la habilidad de surtir sus medicamentos, notificaremos a los miembros afectados antes de que se realice el cambio. Le enviaremos una farmacopea por correo y usted puede ver nuestra farmacopea completa en nuestro sitio Web, www.metroplusmedicare.org.

Si actualmente usted toma un medicamento que no figura en nuestra farmacopea o que es sujeto a requisitos o límites adicionales, usted podría obtener un suministro temporal de ese medicamento. Usted puede contactarnos para solicitar una excepción o para cambiar a un medicamento alternativo que figure en nuestra farmacopea, con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede recibir un suministro temporal del medicamento o para obtener más información sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS U OBTENER AYUDA ADICIONAL CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Usted podría obtener ayuda adicional para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados, al igual que obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para averiguar si califica para obtener ayuda adicional, llame:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y visite www.medicare.gov “Programas para Personas con Ingresos y Recursos Limitados” en la publicación Medicare y Usted.

* La Administración de Seguro Social, al 1-800-772-1213, de las 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o llamar a la Oficina de Medicaid de su Estado.

¿QUÉ PROTECCIÓN TENGO CON ESTE PLAN?

Todos los Planes de Medicare Advantage acuerdan permanecer en el programa por un año calendario entero a la vez. Los beneficios y costos compartidos del plan podrían cambiar de un año calendario a otro. Cada año, los planes pueden decidir si desean continuar participando con Medicare Advantage. Un plan podría continuar en toda su área de servicio (área geográfica en la cual el plan acepta miembros) o elegir continuar únicamente en ciertas áreas. Además, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan. Usted no perderá su cobertura de Medicare aunque un Plan de Medicare Advantage abandone el programa. Si un plan decide no continuar con un año calendario adicional, debe enviarle una carta por lo menos 90 días antes de que finalice su cobertura. La carta le explicará las opciones de cobertura de Medicare que usted tiene en su área.

Como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) o MetroPlus Select Plan (HMO SNP), usted tiene el derecho a solicitar una determinación de la organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación, si le negamos cobertura para un artículo o servicio; también tiene el derecho a presentar una queja. Tiene el derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que le brindemos o paguemos un artículo o servicio que considera que debería estar cubierto. Si negamos cobertura para el artículo o servicio que usted solicita, usted tiene el derecho de presentar una apelación y pedirnos que revisemos nuestra decisión.

Si usted considera que esperar nuestra decisión pondría su vida o su salud en alto riesgo o afectaría su habilidad de recuperar su funcionamiento máximo, puede solicitarnos una determinación de cobertura o apelación acelerada (rápida). Si su médico hace o apoya la solicitud acelerada, estamos obligados a darle una decisión rápida. Por último, si tiene cualquier problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red, tiene el derecho a presentarnos una queja, siempre y cuando el problema no sea relacionado con la cobertura de algún artículo o servicio. Si su problema tiene que ver con la calidad de atención, también tiene el derecho a presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), de su estado. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener la información de contacto de QIO.

Como miembro de MetroPlus Advantage (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) o MetroPlus Select Plan (HMO SNP), usted tiene el derecho a solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación si negamos cobertura para un medicamento recetado y el derecho a presentar una queja. Usted tiene el derecho a solicitar una determinación de cobertura si quiere que cubramos un medicamento de la Parte D que usted considera debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debería obtener un medicamento no preferencial a un costo de desembolso más bajo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, tales como límites de cantidad de medicamentos. Si cree que necesita una excepción, debe contactarnos antes de surtir su medicamento en la farmacia. Su doctor debe presentar una declaración que apoye su solicitud de excepción. Si negamos la cobertura de su(s) medicamento(s) recetado(s), tiene el derecho de apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Por último, tiene el derecho a presentar una queja si tiene cualquier problema con nosotros o con una farmacia de nuestra red, siempre y cuando el problema no sea relacionado con la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema tiene que ver con la calidad de atención, también tiene el derecho a presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), de su estado. Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener la información de contacto de QIO.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS? (MTM)

El Programa de Administración de Tratamiento con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratuito que ofrecemos. Usted podría ser invitado a participar en un programa diseñado específicamente para sus necesidades de servicios de salud y farmacias. Usted puede elegir no participar, pero le recomendamos que si lo eligen, aproveche al máximo este servicio cubierto. Contacte a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) o MetroPlus Select Plan (HMO SNP) para más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS SE CUBREN BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden cubrirse bajo la Parte B de Medicare. Estos incluyen, de forma enunciativa más no limitativa, los siguientes tipos de medicamentos. Contacte a MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP) o MetroPlus Select Plan (HMO SNP) para más detalles.

- Algunos antígenos: Si los prepara un médico y los administra una persona debidamente instruida (que pudiera ser el paciente) bajo la supervisión de un médico.
- Medicamentos para la Osteoporosis: Medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetina Alfa o Epogen®): Inyectada, si padece de enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar anemia.
- Factores de Coagulación para la Hemofilia: Factores de Coagulación autoadministrables si padece hemofilia.
- Medicamentos Inyectables: La mayoría de medicamentos inyectables, administrados por recomendación de un médico.
- Medicamentos Inmunosupresores: Tratamiento con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplante, si el trasplante lo pagó Medicare o un seguro particular que haya cubierto el gasto en calidad de pagador principal de su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos Medicamentos para el Cáncer, por Vía Oral: Si el mismo medicamento está disponible por inyección.
- Medicamentos contra Náuseas, por Vía Oral: Si usted es parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos por inhalación e infusión, administrados por medio de Equipo Médico Durable.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DE PLANES?

El programa de Medicare califica el desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, en detectar y prevenir enfermedades, las calificaciones que dan los pacientes y la atención al cliente). Si tiene acceso a la Internet, puede usar las herramientas de Internet en www.medicare.gov y seleccionar “Planes de Salud y de Medicamentos”, luego “Comparar Planes de Salud y de Medicamentos” para comparar las calificaciones que reciben los planes de Medicare en su área. También nos puede llamar directamente para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Nuestro número de atención al cliente figura a continuación.

Llame a MetroPlus Health Plan para obtener más información sobre MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP). Visítenos en www.metroplusmedicare.org o llámenos:

Horario de Atención al Cliente: Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora del Este.

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar gratuitamente al (866)-986-0356 para preguntas relacionadas con el Programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD: 1-800-881-2812).

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar localmente al (866)-986-0356 para preguntas relacionadas con el Programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD: 1-800-881-2812).

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar gratuitamente al (866)-986-0356 para preguntas relacionadas con el Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD: 1-800-881-2812).

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar localmente al (866)-986-0356 para preguntas relacionadas con el Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD: 1-800-881-2812).

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 visítenos en www.medicare.gov en la Internet.

Este documento podría estar disponible en otros formatos, tales como Braille, letra grande u otros formatos distintos. Este documento podría estar disponible en otros idiomas, aparte de inglés. Para obtener más información llame al Departamento de Atención al Cliente al número que aparece arriba.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, contacte a MetroPlus Health Plan para más detalles.

SECCIÓN 2: RESUMEN DE BENEFICIOS

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE				
1 - Prima y Otra Información Importante	Para miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y MetroPlus Select Plan (HMO SNP) los costos compartidos de Medicare pueden variar, según su nivel de elegibilidad de Medicaid.	General Prima mensual del plan de \$23.70, en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.	General Prima mensual del plan de \$34.20, en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.*	General Prima mensual del plan de \$0.*
	En el 2011, la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y puede cambiar para el 2012, y el monto anual de deducible de la Parte B era \$0 o \$162 y puede cambiar para el 2012.*	La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D, a razón de su ingreso anual (más de \$85,000 para individuos; \$170,000 para matrimonios). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y la Parte D, basadas en ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.		
	Si un médico o proveedor no acepta la asignación, a menudo sus costos son más altos, lo que significa que usted paga más.			Dentro de la Red Deducible anual de \$0.*

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas, a razón de su ingreso anual (más de \$85,000 para individuos; \$170,000 para matrimonios). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B, basadas en ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>En el 2011 el deducible anual de la Parte B era \$162. Este monto puede cambiar para el 2012. Contacte al plan para los servicios que pertenecen en esta categoría.</p> <p>Límite de \$6,700 en desembolsos para servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>En el 2011 el deducible anual de la Parte B era \$0 o \$162.* Este monto puede cambiar para el 2012. Contacte al plan para los servicios que pertenecen en esta categoría.</p> <p>Límite de \$6,700 en desembolsos para servicios cubiertos por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Límite de \$6,700 en desembolsos para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Sin embargo, en este plan usted no pagará costos compartidos para los servicios cubiertos por Medicare, en base a su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p>
<p>2 - Elección de Doctores y Hospitales</p> <p>(Para más información, consulte Atención de Emergencia - #15 y Atención de Urgencia - #16).</p>	<p>Puede acudir a cualquier doctor especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Debe acudir a doctores, especialistas y hospitales dentro de la Red.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Debe acudir a doctores, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Debe acudir a doctores, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>
		<p>No necesita referimiento para médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>	<p>No necesita referimiento para médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>	<p>No necesita referimiento para médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p>
<p>ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS</p>				
<p>3 - Atención Hospitalaria para Pacientes Internados</p> <p>(incluye Servicios para Abuso de Sustancias y de Rehabilitación)</p>	<p>En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran \$0 o: Deducible de \$1,132 para días 1-60*; Días 61-90: \$283 por día*. Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida.* Estos montos pueden cambiar para el 2012.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>No hay límite para el número de días que cubre el plan por cada internación hospitalaria.</p>
	<p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva de por vida.</p>	<p>En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran: Deducible de \$1,132 para días 1-60; Días 61-90: \$283 por día Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida. Estos montos cambiarán para el 2012.</p>	<p>En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran \$0 o, Deducible de \$1,132 para días 1-60*: Días 61-90: \$283 por día* Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida*. Estos montos cambiarán para el 2012.</p>	<p>Deducible anual de \$0.*</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
	Los días de reserva de por vida sólo pueden usarse una vez.	No le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.	No le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.	Copago de \$0.* Límite de copago de \$0 por cada estadía.
	Un “período de beneficios” comienza el día en que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando usted haya pasado 60 días seguidos sin recibir atención hospitalaria o atención de enfermería especializada. Si acude a un hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará otro período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted goza.	Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser internado en un hospital.	Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser internado en un hospital.	Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser internado en un hospital.
4 - Atención de Salud Mental para Pacientes Internados	En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran \$0 o, Deducible de \$1,132 para días 1-60*; Días 61-90: \$283 por día*. Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida.* Estos montos pueden cambiar para el 2012.	Dentro de la Red En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran: Deducible de \$1,132 para días 1-60; Días 61-90: \$283 por día Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida. Estos montos pueden cambiar para el 2012.	Dentro de la Red En el 2011, los montos para cada período de beneficios eran \$0 o, Deducible de \$1,132 para días 1-60*; Días 61-90: \$283 por día*. Días 91-150: \$566 por día de reserva de por vida.* Estos montos pueden cambiar para el 2012. Usted tiene hasta 190 días, de por vida, de atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados. Los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados cuentan para el límite de 190 días, de por vida, sólo si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica para servicios psiquiátricos para pacientes internados ofrecidos en un hospital general.	Dentro de la Red Copago de \$0.* Usted tiene hasta 190 días, de por vida, de atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados. Los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados cuentan para el límite de 190 días, de por vida, sólo si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica para servicios psiquiátricos para pacientes internados ofrecidos en un hospital general.
	Usted tiene hasta 190 días, de por vida, de atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados. Los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados cuentan para el límite de 190 días, de por vida, sólo si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica para servicios psiquiátricos para pacientes internados ofrecidos en un hospital general.	Usted tiene hasta 190 días, de por vida, de atención psiquiátrica hospitalaria para pacientes internados. Los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados cuentan para el límite de 190 días, de por vida, sólo si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica para servicios psiquiátricos para pacientes internados ofrecidos en un hospital general.	El mismo deducible y copago que para atención hospitalaria para pacientes internados. (Consulte “Atención Hospitalaria para Pacientes Internados”)	Deducible anual de \$0.* Límite de \$0 en desembolsos por cada estadía.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		Con la excepción de casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será internado en un hospital.	Con la excepción de casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será internado en un hospital.	Con la excepción de casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será internado en un hospital.
5 - Centro de Enfermería Especializada (SNF)	En el 2011, los montos para cada período de beneficios, después de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días eran: Días 1-20: \$0 por día*. Días 21-100: \$0 o \$141.50 por día.* Estos montos pueden cambiar para el 2012.	General Podrían aplicarse normas de autorización.	General Podrían aplicarse normas de autorización.	General Podrían aplicarse normas de autorización.
(en Centros de Enfermería Especializada certificados por Medicare)	100 días por cada período de beneficios.	Dentro de la Red El Plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.	Dentro de la Red El Plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.	Dentro de la Red El Plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.
	Un "período de beneficios" comienza el día en que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando usted haya pasado 60 días seguidos sin recibir atención hospitalaria o atención de enfermería especializada. Si acude a un hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará otro período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficio que usted goza.	Se requiere una hospitalización previa de 3 días.	Se requiere una hospitalización previa de 3 días.	No se requiere hospitalización previa.
		Para estadías en Centros de Enfermería Especializada cubiertas por Medicare: Días 1-30: Copago de \$50 por día; Días 31-100: Copago de \$0 por día.	En el 2011, los montos para cada período de beneficios, después de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días eran \$0 o: Días 1-20: \$0 por día*. Días 21-100: \$141.50 por día*. Estos montos pueden cambiar para el 2012.	Deducible anual de \$0.*
			No le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.	Copago de \$0 para Servicios de Enfermería Especializada.* Límite de \$0 en desembolsos por cada estadía.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
6 - Atención de Salud en el Hogar (incluye servicios, médicamente necesarios e intermitentes, de atención de enfermería especializada, asistencia médica en el hogar y rehabilitación, etc. si son médicamente necesarios)	Copago de \$0.	General Podrían aplicarse normas de autorización.	General Podrían aplicarse normas de autorización.	General Podrían aplicarse normas de autorización.
		Dentro de la Red Copago de \$0 para visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 para visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 para visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.*
7 - Hospicio	Usted paga parte del costo de medicamentos para pacientes ambulatorios y podría pagar parte del costo de atención de relevo. Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare.	General Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará una visita de asesoría antes de que seleccione el hospicio.	General Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará una visita de asesoría antes de que seleccione el hospicio.	General Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará una visita de asesoría antes de que seleccione el hospicio.
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS				
8 - Visitas al Consultorio Médico	Coaseguro de 0% o 20%.	Dentro de la Red Copago de \$0 por cada visita a su médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 por cada visita a su médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 por cada visita a su médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare.*
				Copago de \$0 por el costo de cada visita cubierta por Medicare, para atención de urgencia, que reciba dentro de la red y dentro del área.*
		5% del costo de cada visita a un especialista, para beneficios cubiertos por Medicare.	Copago de \$0 o \$10 por cada visita a un especialista, para beneficios cubiertos por Medicare.*	Copago de \$0 por cada visita a un médico especialista, para beneficios cubiertos por Medicare.*

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
9 - Servicios Quiroprácticos	No cubre la atención de rutina suplementaria.	Dentro de la Red Copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 a \$10 por cada visita cubierta por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 por visitas a Quiroprácticos cubiertas por Medicare.*
	Coaseguro de 0% o 20% para la manipulación manual de la columna, para corregir una subluxación (dislocación o desviación de una articulación o parte del cuerpo), si obtiene el servicio de un quiropráctico u otro proveedor calificado.	Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, para corregir una subluxación (dislocación o desviación de una articulación o parte del cuerpo), si obtiene el servicio de un quiropráctico u otro proveedor calificado.	Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, para corregir una subluxación (dislocación o desviación de una articulación o parte del cuerpo), si obtiene el servicio de un quiropráctico u otro proveedor calificado.	Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, para corregir una subluxación (dislocación o desviación de una articulación o parte del cuerpo), si obtiene el servicio de un quiropráctico u otro proveedor calificado.
10 - Servicios de Podología	No cubre la atención de rutina suplementaria.	Dentro de la Red Copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 o \$10 por cada visita cubierta por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 por beneficios de podología cubiertos por Medicare.*
	Coaseguro de 0% o 20% para atención de los pies médicamente necesaria, incluyendo atención para enfermedades que afectan las piernas.	Copago de \$10 por hasta 1 visita de rutina suplementaria cada tres meses.	Copago de \$10 por hasta 1 visita de rutina cada tres meses.	Copago de \$0 por hasta 1 visita de rutina suplementaria cada tres meses.
		Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para atención de los pies médicamente necesaria.	Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para atención de los pies médicamente necesaria.	Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para atención de los pies médicamente necesaria.
11 - Atención de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Coaseguro de 0% o 40% para la mayoría de servicios de salud mental.	Dentro de la Red Copago de \$10 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.	General Podrían aplicarse normas de autorización.	Dentro de la Red Copago de \$0 por visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.*
			Dentro de la Red Copago de \$0 o \$10 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.*	

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
	<p>Copago específico por servicios del programa de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios ofrecidos por un hospital o centro de salud mental comunitario (CMHC). El copago no puede exceder el deducible hospitalario de la Parte A para pacientes internados.</p> <p>Coaseguro de 0% o 40% del monto aprobado por Medicare por cada servicio que obtenga de un profesional cualificado, como parte del Programa de Hospitalización Parcial.</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 o \$10 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.*</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de psiquiatra cubierta por Medicare.*</p>
	<p>El “Programa de Hospitalización Parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes ambulatorios; este es más intenso que la atención que se ofrece en el consultorio de su médico o psiquiatra y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de terapia individual con un psiquiatra, cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de terapia de grupo con un psiquiatra, cubierta por Medicare.</p> <p>\$50 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 o \$10 por cada visita de terapia individual con un psiquiatra, cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 o \$10 por cada visita de terapia de grupo con un psiquiatra, cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.*</p>	<p>Copago de \$0 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.*</p>
12 - Atención para Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	<p>Coaseguro de 0% o 20%.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$20 por visitas individuales o de grupo cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por visitas de grupo cubiertas por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 o \$10 por visitas individuales cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 o \$10 por visitas de grupo cubiertas por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para visitas cubiertas por Medicare.*</p>
13 - Servicios / Cirugía para Pacientes Ambulatorios	<p>Coaseguro de 0% o 20% por servicios del médico.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$50 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio, cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio, cubierta por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio, cubierta por Medicare.*</p>
	<p>Copago específico por servicios de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible hospitalario de la Parte A para pacientes internados.</p>			

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
	Coaseguro de 0% o 20% de los cargos del centro de cirugía ambulatoria.	Copago de \$50 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio, cubierta por Medicare.	Copago de \$0 o \$10 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio, cubierta por Medicare.*	Copago de \$0 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio, cubierta por Medicare.*
14 - Servicios de Ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coaseguro de 0% o 20%.	Dentro de la Red Copago de \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*
15 - Atención de Emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencia si considera, razonablemente, que necesita atención de emergencia).	Coaseguro de 0% o 20% por servicios del médico.	General Copago de \$50 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	General Copago de \$0 o \$50 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.*	General Copago de \$0 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.*
	\$0 o Copago específico por servicios de emergencia en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios.	No se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas. Contacte al plan para más detalles.	No se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas. Contacte al plan para más detalles.	No se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas. Contacte al plan para más detalles.
	El copago de servicios de emergencia no puede exceder el deducible hospitalario de la Parte A para pacientes internados por cada servicio brindado por el hospital. No tiene que pagar el copago de sala de emergencia si es ingresado al hospital como paciente internado, por la misma afección, dentro de un periodo de tres días después de su visita a la sala de emergencia. No se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.	Si es internado en el hospital por la misma afección, en un período de 24 horas, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.	Si es internado en el hospital por la misma afección, en un período de 24 horas, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.	Si es internado en el hospital por la misma afección, en un período de 24 horas, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.
16 - Atención de Urgencia (Esta no es atención de emergencia y en la mayoría de los casos ocurre fuera del área de servicio).	Coaseguro de 0% o 20%, o un copago fijo.	General Copago de \$10 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.	General Copago de \$0 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.*	General Copago de \$0 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.*
	NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.			

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
17 - Servicios Ambulatorios de Rehabilitación (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y Lenguaje)	Coaseguro de 0% o 20%.		General Podrían aplicarse normas de autorización.	
		Dentro de la Red Copago de \$25 para visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 o \$25 para visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 para visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.*
		Copago de \$25 para visitas de Terapia Física y/o del Habla y Lenguaje cubiertas por Medicare.	Copago de \$0 o \$25 para visitas de Terapia Física y/o del Habla y Lenguaje cubiertas por Medicare.*	Copago de \$0 para visitas de Terapia Física y/o del Habla y Lenguaje cubiertas por Medicare.*
SERVICIOS Y ARTÍCULOS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS				
18 - Equipo Médico Durable (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Coaseguro de 0% o 20%.		General Podrían aplicarse normas de autorización.	General Podrían aplicarse normas de autorización.
		Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*
19 - Dispositivos Prostéticos (Incluye abrazaderas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Coaseguro de 0% o 20%.	General Podrían aplicarse normas de autorización.		General Podrían aplicarse normas de autorización.
		Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.	Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*	Dentro de la Red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
20 - Programas y Artículos para la Diabetes	<p>Coaseguro de 0% o 20% para capacitación del autocontrol de la diabetes.</p> <p>Coaseguro de 0% o 20% para artículos de la diabetes.</p> <p>Coaseguro de 0% o 20% para zapatos o plantillas terapéuticas.</p>			<p>General</p> <p>Podrían aplicarse normas de autorización.</p>
		<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para entrenamiento del automonitoreo de la diabetes.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para entrenamiento del automonitoreo de la diabetes.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para entrenamiento del automonitoreo de la diabetes.*</p>
		<p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículos para el monitoreo de la Diabetes. - Zapatos o plantillas terapéuticas. 	<p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículos para el monitoreo de la Diabetes.* - Zapatos o plantillas terapéuticas.* 	<p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículos para el monitoreo de la Diabetes.* - Zapatos o plantillas terapéuticas.*
21 - Pruebas de Diagnóstico, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología	<p>Coaseguro de 0% o 20% para pruebas de diagnóstico y Rayos X.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>
	<p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio* 	<ul style="list-style-type: none"> - servicios de laboratorio.*
	<p>Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio, médicamente necesarios, ordenados por su médico, cuando sean brindados por un laboratorio certificado por [la Ley] de Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos, que participe en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se realizan para ayudar a su médico a llegar a un diagnóstico o descartar alguna posible enfermedad o afección. Medicare no cubre la mayoría de pruebas de detección rutinarias, como la prueba del colesterol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - procedimientos y pruebas de diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> - procedimientos y pruebas de diagnóstico.* 	<ul style="list-style-type: none"> - procedimientos y pruebas de diagnóstico.*
	<p>Coaseguro de 0% o 20% para el examen rectal digital y otros servicios relacionados. Se cubre una vez al año para todos los hombres, mayores de 50 años, con Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rayos X. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rayos X.* 	<ul style="list-style-type: none"> - Rayos X.*

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		- servicios diagnósticos de radiología (no incluyen Rayos X).	- servicios diagnósticos de radiología (no incluyen Rayos X).*	- servicios diagnósticos de radiología (no incluyen Rayos X).*
		- servicios de radiología terapéutica	- servicios de radiología terapéutica*	- servicios de radiología terapéutica*
22 - Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	<p>Coaseguro de 0% o 20% para servicios de Rehabilitación Cardíaca.</p> <p>Coaseguro de 0% o 20% para servicios de Rehabilitación Pulmonar.</p> <p>Coaseguro de 0% o 20% para servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$25 para servicios de Rehabilitación Cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para servicios de Rehabilitación Pulmonar cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Podrían aplicarse normas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</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.* 	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</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.*
	<p>Esto aplica para servicios del programa ofrecidos en un consultorio médico. Hay costos compartidos específicos para servicios del programa ofrecidos por departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>			

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
SERVICIOS PREVENTIVOS				
23 - Servicios Preventivos y de Bienestar / Programas Educativos	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de Aneurisma Aórtico Abdominal. - Examen de Densitometría Ósea. Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si usted reúne ciertos requisitos médicos. - Examen Cardiovascular. - Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal. Se cubre una vez cada 2 años. Se cubre una vez al año para mujeres en alto riesgo, con Medicare. - Prueba para detectar el cáncer colorrectal. - Pruebas para la diabetes. - Vacuna contra la influenza. - Vacuna contra la Hepatitis B para personas en riesgo, con Medicare. - Prueba de VIH. Copago de \$0 para la prueba de VIH, pero por lo general usted paga 20% del monto aprobado por Medicare para la consulta médica. La prueba de VIH se cubre para mujeres embarazadas, con Medicare, y personas con mayor riesgo de la infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. - Prueba para detectar el Cáncer de Mama (Mamografía). Medicare cubre las mamografías una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años y mayores. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres entre 35-39 años. 	<p>General</p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin pagar nada de costos compartidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de Aneurisma Aórtico Abdominal - Examen de Densitometría Ósea - Examen Cardiovascular - Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal. (Prueba de Papanicolau y Examen Pélvico) - Prueba para detectar el cáncer colorrectal - Prueba para la diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B - Prueba de VIH - Prueba para detectar el Cáncer de Mama (Mamografía) - Servicios de Terapia Médica Nutricional - Servicios de Plan Preventivo Personalizado (Visitas de Bienestar Anuales) - Vacuna contra el Neumococo - Prueba para detectar el Cáncer de la Próstata (Sólo la Prueba de Antígeno Prostático Específico [PSA]) 	<p>General</p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin ningún pago de costos compartidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de Aneurisma Aórtico Abdominal - Examen de Densitometría Ósea - Examen Cardiovascular - Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal. (Prueba de Papanicolau y Examen Pélvico) - Prueba para detectar el cáncer colorrectal - Prueba para la diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B - Prueba de VIH - Prueba para detectar el Cáncer de Mama (Mamografía) - Servicios de Terapia Médica Nutricional - Servicios de Plan Preventivo Personalizado (Visitas de Bienestar Anuales) - Vacuna contra el Neumococo - Prueba para detectar el Cáncer de la Próstata (Sólo la Prueba de Antígeno Prostático Específico [PSA]) 	<p>General</p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin ningún pago de costos compartidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de Aneurisma Aórtico Abdominal - Examen de Densitometría Ósea - Examen Cardiovascular - Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal. (Prueba de Papanicolau y Examen Pélvico) - Prueba para detectar el cáncer colorrectal - Prueba para la diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B - Prueba de VIH - Prueba para detectar el Cáncer de Mama (Mamografía) - Servicios de Terapia Médica Nutricional - Servicios de Plan Preventivo Personalizado (Visitas de Bienestar Anuales) - Vacuna contra el Neumococo - Prueba para detectar el Cáncer de la Próstata (Sólo la Prueba de Antígeno Prostático Específico [PSA])

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
<p>Servicios Preventivos y de Bienestar / Programas Educativos (Continúa)</p>	<p>Servicios de Terapia Médica Nutricional. La Terapia Nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero no reciben diálisis y no han tenido un trasplante de riñón), cuando sean enviadas por un médico. Estos servicios los puede ofrecer un dietista registrado y pueden incluir una evaluación nutricional y asesoría para ayudarlo a controlar la diabetes o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Plan Preventivo Personalizado (Visitas de Bienestar Anuales). - Vacuna contra el Neumococo. Es posible que necesite la vacuna contra la pulmonía sólo una vez en su vida. Llame a su médico para obtener más información. - Prueba para detectar el Cáncer de la Próstata. Sólo la Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA). Se cubre una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años, con Medicare. - Dejar de Fumar (Orientación para dejar de fumar). Se cubre si la ordena su médico. Incluye dos intentos de asesoría en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales. - Examen Físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando se afilia a la Parte B de Medicare obtiene la siguiente elegibilidad. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener un Examen Físico de Bienvenida a Medicare o una Visita de Bienestar Anual. Después de los primeros 12 meses puede obtener una Visita de Bienestar Anual cada 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dejar de Fumar (Orientación para dejar de fumar) - Bienvenido a Medicare Examen Físico (Examen Físico Preventivo Inicial) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dejar de Fumar (Orientación para dejar de fumar) - Bienvenido a Medicare Examen Físico (Examen Físico Preventivo Inicial) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dejar de Fumar (Orientación para dejar de fumar) - Bienvenido a Medicare Examen Físico (Examen Físico Preventivo Inicial)
		<p>La prueba de VIH se cubre para mujeres embarazadas, con Medicare, y personas con mayor riesgo de la infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p>	<p>La prueba de VIH se cubre para mujeres embarazadas, con Medicare, y personas con mayor riesgo de la infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p>	<p>La prueba de VIH se cubre para mujeres embarazadas, con Medicare, y personas con mayor riesgo de la infección, incluyendo cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <p>El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación / bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material escrito de educación sobre la salud, incluyendo Boletines Informativos 	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <p>El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación / bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material escrito de educación sobre la salud, incluyendo Boletines Informativos. 	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <p>El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación / bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material escrito de educación sobre la salud, incluyendo Boletines Informativos. - Beneficios Nutricionales. - Más sobre cómo Dejar de Fumar.
24 - Enfermedad Renal y Afecciones del Riñón	Coaseguro de 0% o 20% para diálisis renal.	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por diálisis renal.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por diálisis renal.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por diálisis renal.</p>
	Coaseguro de 0% o 20% para Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal.	Copago de \$0 para Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal.	Copago de \$0 para Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal.*	Copago de \$0 para Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal.*
25 - Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios	La mayoría de los medicamentos no se cubren bajo Original Medicare. Usted puede agregarle una cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare al afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos recetados, inscribiéndose en un Medicare Advantage Plan o Medicare Cost Plan que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare General</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos cubiertos por la Parte B.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare General</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Deducible anual de \$0 por medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare General</p> <p>Deducible anual de \$0 por medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare General</p> <p>Este plan usa una farmacopea. El plan le enviará una farmacopea. También puede encontrar la farmacopea en la Internet, en www.metroplusmedicare.org.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare General</p> <p>Este plan usa una farmacopea. El plan le enviará una farmacopea. También puede encontrar la farmacopea en la Internet, en www.metroplusmedicare.org.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare General</p> <p>Este plan usa una farmacopea. El plan le enviará una farmacopea. También puede encontrar la farmacopea en la Internet, en www.metroplusmedicare.org.</p>
		<p>Pueden aplicarse diferentes costos de desembolso para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - viven en centros de atención a largo plazo o - tienen acceso a proveedores de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Urbano (Servicio de Salud Indígena). 	<p>Pueden aplicarse diferentes costos de desembolso para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - viven en centros de atención a largo plazo o - tienen acceso a proveedores de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Urbano (Servicio de Salud Indígena). 	<p>Pueden aplicarse diferentes costos de desembolso para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - viven en centros de atención a largo plazo o - tienen acceso a proveedores de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Urbano (Servicio de Salud Indígena).
		<p>Su cobertura de medicamentos dentro de la red podría limitarse al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, podría tener que pagar el costo completo de su medicamento. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los obtiene en una farmacia fuera de la red, aunque podría tener que pagar cargos adicionales. Contacte al plan para más detalles.</p>	<p>Su cobertura de medicamentos dentro de la red podría limitarse al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, podría tener que pagar el costo completo de su medicamento. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los obtiene en una farmacia fuera de la red, aunque podría tener que pagar cargos adicionales. Contacte al plan para más detalles.</p>	<p>Su cobertura de medicamentos dentro de la red podría limitarse al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, podría tener que pagar el costo completo de su medicamento. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los obtiene en una farmacia fuera de la red, aunque podría tener que pagar cargos adicionales. Contacte al plan para más detalles.</p>
		<p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que pagan ambos, usted y un Plan de la Parte D.</p>	<p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que paga usted, el plan y Medicare.</p>	<p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que pagan usted, el plan y Medicare.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		El plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para esa afección.	El plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para esa afección.	El plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para esa afección.
		Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.	Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.	Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.
		Para ciertos medicamentos, su proveedor debe obtener autorización previa de MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP).	Para ciertos medicamentos, su proveedor debe obtener autorización previa de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP).	Para ciertos medicamentos, su proveedor debe obtener autorización previa de MetroPlus Select Plan (HMO SNP).
		El plan cubrirá ciertos medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de utilización. Algunos medicamentos de venta libre son más baratos e igual de eficaces que los medicamentos recetados. Contacte al plan para más detalles.	El plan cubrirá ciertos medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de utilización. Algunos medicamentos de venta libre son más baratos e igual de eficaces que los medicamentos recetados. Contacte al plan para más detalles.	El plan cubrirá ciertos medicamentos de venta libre como parte de su programa de administración de utilización. Algunos medicamentos de venta libre son más baratos e igual de eficaces que los medicamentos recetados. Contacte al plan para más detalles.
		Debido a ciertos requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores, o educación de pacientes, que no pueden satisfacer la mayoría de farmacias en su red, usted debe acudir a ciertas farmacias, para obtener un número muy limitado de medicamentos. Estos medicamentos están enumerados en el sitio Web del plan, en la farmacopea, en el material impreso y en el Localizador de Planes (Plan Finder) de Medicamentos Recetados de Medicare, en Medicare.gov.	Debido a ciertos requisitos, de manejo especial, coordinación de proveedores, o educación de pacientes, que no pueden satisfacer la mayoría de farmacias en su red, usted debe acudir a ciertas farmacias, para obtener un número muy limitado de medicamentos. Estos medicamentos están enumerados en el sitio Web del plan, en la farmacopea, en el material impreso y en el Localizador de Planes (Plan Finder) de Medicamentos Recetados de Medicare, en Medicare.gov.	Debido a ciertos requisitos, de manejo especial, coordinación de proveedores, o educación de pacientes, que no pueden satisfacer la mayoría de farmacias en su red, usted debe acudir a ciertas farmacias, para obtener un número muy limitado de medicamentos. Estos medicamentos están enumerados en el sitio Web del plan, en la farmacopea, en el material impreso y en el Localizador de Planes (Plan Finder) de Medicamentos Recetados de Medicare, en Medicare.gov.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		Si el costo real de un medicamento es menor al monto de costos compartidos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto mayor de costos compartidos.	Si el costo real de un medicamento es menor al monto de costos compartidos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto mayor de costos compartidos.	Si el costo real de un medicamento es menor al monto de costos compartidos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto mayor de costos compartidos.
		Dentro de la Red Deducible anual de \$320.	Dentro de la Red Usted paga un deducible anual de \$0.	Dentro de la Red Usted paga un deducible anual de \$0.
		Cobertura Inicial Una vez que usted pague su deducible anual, pagará el 25% hasta que el costo total anual de sus medicamentos llegue a \$2,930.	Cobertura Inicial Según su ingreso y estatus institucional, usted paga lo siguiente: Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se manejan como genéricos), ya sea: - un copago de \$0 o - un copago de \$1.10 o - un copago de \$2.60 Para todos los demás medicamentos, ya sea: - un copago de \$0 o - un copago de \$3.30 o - un copago de \$6.50	Cobertura Inicial Según su ingreso y estatus institucional, usted paga lo siguiente: Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se manejan como genéricos), ya sea: - un copago de \$0 o - un copago de \$1.10 o - un copago de \$2.60 Para todos los demás medicamentos, ya sea: - un copago de \$0 o - un copago de \$3.30 o - un copago de \$6.50
		Farmacias de venta al por menor Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras: - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días)	Farmacias de venta al por menor Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras: - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días)	Farmacias de venta al por menor Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras: - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días)

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Farmacia de Atención a Largo Plazo</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (34 días) 	<p>Farmacia de Atención a Largo Plazo</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (34 días) 	<p>Farmacia de Atención a Largo Plazo</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (34 días)
		<p>Pedidos por Correo</p> <p>Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días) 	<p>Pedidos por Correo</p> <p>Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días) 	<p>Pedidos por Correo</p> <p>Puede obtener medicamentos de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días) - suministro de tres meses (90 días)
		<p>Falta de cobertura</p> <p>Una vez que el costo total anual de sus medicamentos llegue a \$2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga el 86% del costo del plan para todos los medicamentos genéricos, hasta que su costo anual de desembolsos por medicamentos llegue a \$4,700.</p>		
		<p>Cobertura Catastrófica</p> <p>Una vez que su costo anual de desembolsos por medicamentos llegue a \$4,700, usted paga la cantidad mayor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un coaseguro de 5%, o - un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que se manejan como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás. 	<p>Cobertura Catastrófica</p> <p>Una vez que su costo anual de desembolsos por medicamentos llegue a \$4,700, usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Cobertura Catastrófica</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Fuera de la Red</p> <p>Los medicamentos del plan podrían cubrirse en circunstancias especiales, por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan, donde no haya farmacias que pertenezcan a la red. Es posible que tenga que pagar un monto de costos compartidos mayor al que normalmente paga si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el precio completo del medicamento a la farmacia y después presentar documentación para recibir un reembolso de MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días). 	<p>Fuera de la Red</p> <p>Los medicamentos del plan podrían cubrirse en circunstancias especiales, por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de cobertura del plan, donde no haya farmacias que pertenezcan a la red. Es posible que tenga que pagar un monto de costos compartidos mayor al que normalmente paga si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el precio completo del medicamento a la farmacia y después presentar documentación para recibir un reembolso de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días). 	<p>Fuera de la Red</p> <p>Los medicamentos del plan podrían cubrirse en circunstancias especiales, por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de cobertura del plan, donde no haya farmacias que pertenezcan a la red. Es posible que tenga que pagar un monto de costos compartidos mayor al que normalmente paga si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el precio completo del medicamento a la farmacia y después presentar documentación para recibir un reembolso de MetroPlus Select Plan (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días).

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Cobertura Inicial Fuera de la Red</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, le reembolsaremos hasta el 75% del costo real de los medicamentos que compre fuera de la red, hasta que su costo total anual de medicamentos llegue a \$2,930.</p>	<p>Cobertura Inicial Fuera de la Red</p> <p>Según su ingreso y estatus institucional, MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo del medicamento, sustrayendo lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos obtenidos fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca que se manejan como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$2.60 <p>Para todos los demás medicamentos obtenidos fuera de la red, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50. 	<p>Cobertura Inicial Fuera de la Red</p> <p>Según su ingreso y estatus institucional, MetroPlus Select Plan (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo del medicamento, sustrayendo lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos obtenidos fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca que se manejan como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$1.10, o - un copago de \$2.60 <p>Para todos los demás medicamentos obtenidos fuera de la red, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0, o - un copago de \$3.30, o - un copago de \$6.50
		<p>Falta de Cobertura Adicional Fuera de la Red</p> <p>Le reembolsaremos hasta el 14% del costo permitido por el plan para medicamentos genéricos obtenidos fuera de la red, hasta que su costo total anual de medicamentos llegue a \$4,700. Le reembolsaremos hasta el precio de descuento por medicamentos de marca adquiridos fuera de la red, hasta que su costo total anual de medicamentos llegue a \$4,700.</p>		

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
		<p>Cobertura Catastrófica Fuera de la Red</p> <p>Una vez que sus costos de desembolso por medicamentos lleguen a \$4,700, le reembolsarán los medicamentos que compre fuera de la red, hasta el costo que incurra el plan, sustrayendo su parte de costos compartidos, que es la cantidad mayor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un coaseguro de 5%, o - un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos demarca que se manejan como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los otros medicamentos. 	<p>Cobertura Catastrófica Fuera de la Red</p> <p>Una vez que sus costos de desembolso por medicamentos lleguen a \$4,700, le reembolsarán el costo completo de los medicamentos que compre fuera de la red.</p>	<p>Cobertura Catastrófica Fuera de la Red</p> <p>Le reembolsarán el costo completo de los medicamentos que compre fuera de la red.</p>
26 - Servicios Dentales	Servicios dentales preventivos (tales como limpiezas) no están cubiertos.	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.*</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.*</p>
		<p>Copago de \$0 para los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 chequeo bucal cada seis meses - hasta 1 limpieza cada seis meses - hasta 1 tratamiento de fluoruro cada seis meses - hasta 1 rayos X de los dientes cada año 	<p>Copago de \$0 para los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 chequeo bucal cada seis meses - hasta 1 limpieza cada seis meses - hasta 1 tratamiento de fluoruro cada seis meses - hasta 1 rayos X de los dientes cada año 	<p>Por lo general, beneficios dentales preventivos (tales como limpiezas), no están cubiertos.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
27 - Servicios para la Audición	<p>No se cubren exámenes de audición rutinarios suplementarios y audífonos.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - copago de \$0 por hasta 1 audífono cada tres años - copago de \$10 por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare - copago de \$10 por hasta 1 examen de audición rutinario suplementario cada año - copago de \$0 por hasta 1 medición y evaluación de audífono cada año - límite \$500 de cobertura del plan para audífonos, cada tres años 	<p>Dentro de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - copago de \$0 por hasta 1 audífono cada tres años - copago de \$0 o \$10 por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare* - copago de \$10 por hasta 1 examen de audición rutinario suplementario cada año - copago de \$0 por hasta 1 medición y evaluación de audífono cada año - límite \$500 de cobertura del plan para audífonos, cada tres años 	<p>Dentro de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - copago de \$0 por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare* - copago de \$0 por hasta 1 audífono cada tres años - copago de \$10 por hasta 1 examen de audición rutinario suplementario cada año - copago de \$0 por hasta 1 medición y evaluación de audífono cada año - límite \$500 de cobertura del plan para audífonos, cada tres años
	Coaseguro de 0% o 20% para exámenes diagnósticos de audición.			

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO SNP)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
28 - Servicios de la vista	<p>Coaseguro de 0% o 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>No se cubren los exámenes de la vista rutinarios suplementarios ni los anteojos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p> <p>Se cubre un examen anual de glaucoma para personas en riesgo.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas - hasta 1 par de lentes de contacto cada año - hasta 1 par de lentes cada año - hasta 1 montura cada año - copago de \$0 a \$5 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. - copago de \$10 por hasta 1 examen de la vista rutinario suplementario cada año - límite de cobertura del plan de \$125 para monturas de anteojos. 	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas* - hasta 1 par de lentes de contacto cada año - hasta 1 par de lentes cada año - hasta 1 montura cada año - copago de \$0 o \$0 a \$5 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.* - copago de \$10 por hasta 1 examen de la vista rutinario suplementario cada año - límite de cobertura del plan de \$125 para monturas de anteojos. 	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.*</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas* - hasta 1 par de lentes de contacto cada año - hasta 1 par de lentes cada año - hasta 1 montura cada año - copago de \$10 por hasta 1 examen de la vista rutinario suplementario cada año - límite de cobertura del plan de \$125 para monturas de anteojos.
Otros Artículos de Venta Libre	No se cubre.	<p>General</p> <p>El Plan no cubre artículos de venta libre.</p>	<p>General</p> <p>El Plan no cubre artículos de venta libre.</p>	<p>General</p> <p>El Plan no cubre artículos de venta libre.</p>
Transporte	No se cubre.			
(De Rutina)		<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por hasta 3 viajes de ida y vuelta, a cualquier ubicación, cada 3 meses.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por hasta 3 viajes de ida y vuelta, a cualquier ubicación, cada 3 meses.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por cada viaje de ida y vuelta, a cualquier ubicación.</p>
Acupuntura	No se cubre.	<p>Dentro de la Red</p> <p>Este plan no cubre Acupuntura.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Este plan no cubre Acupuntura.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Este plan no cubre Acupuntura.</p>

SECCIÓN 3: Características Especiales de MetroPlus Health Plan para Advantage (HMO SNP) y Select (HMO SNP)

* Todos los costos compartidos que figuran en este resumen de beneficios se basan en su nivel de elegibilidad de Medicaid.
 ** Consulte con su plan sobre los costos compartidos al recibir servicios de proveedores fuera de la red.

SECCIÓN 4: Información Adicional para Personas que tienen Medicare y Medicaid

METROPLUS ADVANTAGE PLAN (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que califican para Medicare y que reciben asistencia del programa de Medicaid del Estado de Nueva York. El tipo de beneficios de Medicaid que usted recibe se basan en su ingreso y sus recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunas personas con doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios de Medicaid y tipos de asistencia que opera MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) se enumeran a continuación:

- **Beneficios Completos para personas con Doble Elegibilidad (FBDE):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare, en algunos casos la prima de la Parte A de Medicare y beneficios completos de Medicaid.
- **Individuo Calificado (QI):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- **SLMB-Plus:** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare y beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Sólo QMB):** Pago de sus primas de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare, deducibles y costos compartidos (excepto copagos de la Parte D).
- **QMB-Plus:** Pago de sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, deducibles, costos compartidos (excepto copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

Si usted es miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y es QMB o QMB-Plus, paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare, tal como aparece en la Sección II, con la excepción de cualquier copago para medicamentos recetados de la Parte D.

Si usted es miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP) y no es QMB o QMB-Plus, pero califica para recibir beneficios completos de Medicaid, es posible que no tenga que pagar algunos copagos, coaseguros y deducibles, dependiendo de sus beneficios de Medicaid.

La siguiente tabla enumera servicios disponibles bajo Medicaid para personas que califican para cierto grado de beneficios de Medicaid, tal como se detalla arriba. La tabla también explica si hay un beneficio similar disponible bajo nuestro plan.

Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden variar en base a su nivel de ingreso y otros estándares. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar a lo largo del año. Según su estatus actual, es posible que no califique para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras sea miembro de nuestro plan, tiene acceso a beneficios del plan, sin importar su estatus de Medicaid.

Para obtener la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y beneficios, los residentes de los municipios de la Ciudad de Nueva York deben contactar a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, al 1-877-472-8411.

Para los miembros de MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP), los servicios enumerados a continuación están disponibles bajo Medicaid para personas que califican para cierto grado de beneficios de Medicaid. Los beneficios se obtienen usando su Tarjeta de Identificación de Medicaid expedida por el Estado de Nueva York, tal como se indica arriba.

METROPLUS SELECT PLAN (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que califican para Medicare y Medicaid. Al celebrar un contrato con el gobierno federal en calidad de Medicare Advantage Organization y con

el Estado de Nueva York bajo su programa de Medicaid Advantage, MetroPlus puede ofrecerle beneficios que integran ambos programas para satisfacer sus necesidades particulares. Sin embargo, para afiliarse a MetroPlus Select Plan, usted debe ser Beneficiario Completo con Doble Elegibilidad, con derecho a Medicare y a recibir beneficios completos de Medicaid del Estado de Nueva York.

La Sección II compara los beneficios ofrecidos por MetroPlus Select Plan (HMO SNP) con los que cubre Original Medicare. La siguiente sección compara los beneficios ofrecidos por MetroPlus Select Plan (HMO SNP) con los que cubre Medicaid del Estado de Nueva York.

Los servicios enumerados a continuación están disponibles a miembros de MetroPlus Select Plan (HMO SNP), usando su Tarjeta de Identificación de MetroPlus Select Plan (HMO SNP).

Quando Use su Tarjeta de Identificación de MetroPlus Select Plan (HMO SNP)

Los servicios enumerados a continuación están disponibles a miembros de MetroPlus Select Plan (HMO SNP), usando su Tarjeta de Identificación de MetroPlus Select Plan (HMO SNP).

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Atención Hospitalaria para Pacientes Internados, Incluyendo Servicios de Abuso de Sustancias y Rehabilitación	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare por hasta 365 días por año (366 días en año bisiesto).	Dentro de la Red El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios.	Dentro de la Red El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. No hay límite en el número de días que cubre el plan.
Atención de Salud Mental para Pacientes Internados	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluyendo internaciones, voluntarias o involuntarias, para servicios de salud mental que sobrepasen el límite de por vida de 190 días establecido por Medicare.	Usted tiene hasta 190 días, de por vida, en un Hospital Psiquiátrico.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Cubre todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluyendo internaciones, voluntarias o involuntarias, para servicios de salud mental que sobrepasan el límite de por vida de 190 días establecido por Medicare.

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Centros de Enfermería Especializada (SNF)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Medicaid cubre días adicionales que sobrepasan el límite de 100 días establecido por Medicare.	El plan cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare hasta un límite de 100 días.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. El plan ofrece días adicionales que sobrepasan el límite de 100 días establecido por Medicare. No se requiere internación hospitalaria previa.
Atención de la Salud en el Hogar	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios, médicamente necesarios e intermitentes, de atención de enfermería especializada, asistencia médica en el hogar y rehabilitación. También incluye servicios de asistencia médica en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej. servicios de asistencia médica en el hogar con supervisión de enfermería para individuos con estado de salud inestable).	Beneficio de Medicaid. Se cubre usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Servicios, médicamente necesarios e intermitentes, de atención de enfermería especializada, asistencia médica en el hogar y rehabilitación. También incluye servicios de asistencia médica en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej. servicios de asistencia médica en el hogar con supervisión de enfermería para individuos con estado de salud inestable).
Hospicio	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	No se cubre	No se cubre.
Visitas a Consultorios Médicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	Dentro de la Red El plan cubre los deducibles, copagos y coaseguros.
Servicios Quiroprácticos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare (Sólo para QMB y QMB Plus).	Dentro de la Red Copago de \$0 a \$10 para cada visita cubierta por Medicare.	No se cubre.
Servicios de Podología	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare (Sólo para QMB y QMB Plus).	Dentro de la Red Copago de \$0 a \$10 para cada visita cubierta por Medicare.	No se cubre.
Atención Ambulatoria de Salud Mental	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare para visitas de terapia individuales y de grupo.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. El miembro debe poder autodirigirse a una evaluación con un proveedor dentro de la red, en un período de 12 meses.
Atención Ambulatoria para Abuso de Sustancias	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare para visitas de terapia individuales y de grupo.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. El miembro debe poder autodirigirse a una evaluación con un proveedor dentro de la red, en un período de 12 meses.

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Servicios / Cirugía para Pacientes Ambulatorios	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros.
Servicio de Ambulancia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros.
Emergency Care	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros.
Atención de Emergencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros.
Servicios Ambulatorios de Rehabilitación	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Terapias ocupacionales, físicas y del habla tienen un límite de veinte (20) visitas de Medicaid, por terapia, por año, excepto para niños menores de 21 años o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene discapacidades del desarrollo, o si ha padecido Traumatismo Craneoencefálico.	Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Terapias ocupacionales, físicas y del habla tienen un límite de veinte (20) visitas de Medicaid, por terapia, por año, excepto para niños menores de 21 años o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted tiene discapacidades del desarrollo, o si ha padecido Traumatismo Craneoencefálico.
Equipo Médico Durable	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Equipo médico durable cubierto por Medicaid, incluyendo aparatos y equipo además de artículos médicos/quirúrgicos, formulas enterales, dispositivos prostéticos y ortóticos que satisfagan las siguientes características: aguantan el uso continuo por un período de tiempo prolongado, su uso primordial y habitual es médico; por lo general no le son útiles a una persona si no está enferma o tiene una lesión y por lo general son hechos entallados, diseñados o moldeados para el uso particular de un individuo. Los debe solicitar un médico. No se exige que las personas sean confinadas al hogar e incluye equipo médico durable que no está cubierto por Medicare pero sí por Medicaid (p. ej. banco de bañera, barras de apoyo).	Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Equipo médico durable cubierto, incluyendo aparatos y equipo además de artículos médicos/quirúrgicos, formulas enterales, dispositivos prostéticos y ortóticos que satisfagan las siguientes características: aguantan el uso continuo por un período de tiempo prolongado, su uso primordial y habitual es médico; por lo general no le son útiles a una persona si no está enferma o tiene una lesión y por lo general son hechos entallados, diseñados o moldeados para el uso particular de un individuo. Los debe solicitar un médico. No se exige que las personas sean confinadas al hogar e incluye equipo médico durable que no está cubierto por Medicare pero sí por Medicaid (p. ej. banco de bañera, barras de apoyo).
Dispositivos Prostéticos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Prótesis, dispositivos ortóticos y calzado ortopédico cubierto por Medicaid. La cobertura de calzado recetado se limita al tratamiento de diabéticos, o cuando un zapato forme parte de un aparato ortótico para la pierna, o si existen complicaciones de los pies en niños menores de 21 años.	Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Prótesis, dispositivos ortóticos y calzado ortopédico cubierto. La cobertura de calzado recetado se limita al tratamiento de diabéticos, o cuando un zapato forme parte de un aparato ortótico para la pierna, o si existen complicaciones de los pies en niños menores de 21 años.

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Entrenamiento, Terapia Nutricional y Artículos para el Automonitoreo de la Diabetes	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Pruebas de Diagnóstico, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Densitometría Ósea	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Exámenes colorrectales	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Inmunizaciones	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Mamografías	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Pruebas de Papanicolau y Exámenes Pélvicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Pruebas para Detectar el Cáncer de Próstata	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Los copagos los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Medicamentos Recetados	Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D ni los copagos. Beneficios de Farmacia brindados por Medicaid autorizados por la Ley Estatal (categorías selectas de medicamentos, excluidas de los beneficios de la Parte D de Medicare). Ciertos Artículos Médicos y Fórmulas Enterales, cuando no las cubre Medicare.	No se cubre.	No se cubre.
Servicios Dentales	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluyendo atención necesaria de prevención, profiláctica y otra atención dental de rutina, servicios y artículos y prótesis dentales para aliviar una afección grave. Servicios dentales quirúrgicos, ambulatorios o para pacientes internados, son sujetos a autorización previa.	Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.	El plan cubre deducibles, copagos y coaseguros. Cubre servicios dentales de Medicaid, incluyendo atención necesaria de prevención, profiláctica y otra atención dental de rutina, servicios y artículos y prótesis dentales para aliviar una afección grave. Servicios dentales quirúrgicos, ambulatorios o para pacientes internados, son sujetos a autorización previa.

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Servicios para la Audición	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Servicios y productos para la audición, cuando estos sean médicamente necesarios para aliviar discapacidades causadas por la pérdida o problemas de audición. Los servicios incluyen audición y selección, medición y despacho; chequeos de audífonos después de su despacho, evaluaciones de satisfacción y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas para audífonos; productos para audífonos, incluyendo audífonos, moldes auditivos, mediciones especiales y reemplazo de partes.</p>	<p>Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Servicios y productos para la audición, cuando estos sean médicamente necesarios para aliviar discapacidades causadas por la pérdida o problemas de audición. Los servicios incluyen audición y selección, medición y despacho; chequeos de audífonos después de su despacho, evaluaciones de satisfacción y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas para audífonos; productos para audífonos, incluyendo audífonos, moldes auditivos, mediciones especiales y reemplazo de partes.</p>
Servicios de la Vista	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Servicios de Optometristas, Oftalmólogos y Farmacias Ópticas, incluyendo anteojos, lentes de contacto y de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (en existencias o hechos a la medida), servicios y accesorios para corregir la visión deficiente. La cobertura también incluye reparación o reemplazo de partes. La cobertura también incluye exámenes diagnósticos y tratamiento de defectos y/o enfermedades de la vista. Exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifique antes como médicamente necesario. No es necesario cambiar anteojos con más frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, se dañen o se destruyan.</p>	<p>Los copagos y beneficios de Medicaid los cubre Medicaid FFS, usando su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Servicios de Optometristas, Oftalmólogos y Farmacias Ópticas, incluyendo anteojos, lentes de contacto y de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (en existencias o hechos a la medida), servicios y accesorios para corregir la visión deficiente. La cobertura también incluye reparación o reemplazo de partes. La cobertura también incluye exámenes diagnósticos y tratamiento de defectos y/o enfermedades de la vista. Exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifique antes como médicamente necesario. No es necesario cambiar anteojos con más frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, se dañen o se destruyan.</p>
Educación sobre la Salud / Bienestar	<p>No se cubre.</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>No se cubre.</p>
Transporte (Rutina)	<p>La cobertura incluye camioneta para personas con discapacidades, coche para minusválidos, taxi, vehículo de alquiler, transporte público u otro medio adecuado para la afección médica del miembro.</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>Copago de \$0 por viaje para transporte de rutina.</p> <p>El plan brinda servicios de transporte de rutina (no de emergencia) cubiertos por el pago por servicio de Medicaid.</p> <p>Contacte al plan para gestionar su transporte.</p>

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Servicios de Enfermería Particular	Los servicios de enfermería particular se cubren cuando un médico determine que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ofrecerse por medio de una agencia de salud en el hogar aprobada y certificada, una agencia de atención en el hogar autorizada, o un médico particular. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de tiempo parcial o continuos y deben ser brindados en el hogar del Miembro, según las ordenes de tratamiento escritas por el médico, asistente médico registrado o enfermera con práctica médica.	No se cubre.	El plan cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Los servicios de enfermería particular se cubren cuando el médico determine que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ofrecerse por medio de una agencia de salud en el hogar aprobada y certificada, una agencia de atención en el hogar autorizada, o un médico particular. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de tiempo parcial o continuos y deben ser brindados en el hogar del Miembro, según las ordenes de tratamiento escritas por el médico, asistente médico registrado o enfermera con práctica médica.
Servicios de Planificación Familiar, fuera de la red, obtenidos bajo la disposición de exención de acceso directo	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Administración Integral de Casos de Medicaid	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Servicios de Atención Personal	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Ciertos Servicios de Salud Mental <ul style="list-style-type: none"> • Programas de Tratamiento Intensivos de Rehabilitación Psiquiátrica, • Tratamiento Diurno, • Tratamiento Diurno Continuo, • Administración de Casos para Personas con Enfermedades Mentales Serias y Persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales), • Hospitalizaciones Parciales, • Tratamiento Comunitario Proactivo (ACT), • Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS). 	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Programas de Tratamiento con Metadona (MMTP)	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.

Categoría de Beneficios / Servicios	Pago por Servicio de Medicaid (FFS)	MetroPlus Advantage Plan (HMO SNP)	MetroPlus Select Plan (HMO SNP)
Servicios de Rehabilitación Ofrecidos para Residentes de Residencias Comunitarias autorizadas por la Oficina de Salud Mental y Programas de Tratamiento Basados en la Familia	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD)	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Administración Integral de Casos de Medicaid	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Vigilancia Directa de Tratamiento para la Tuberculosis	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Atención de la Salud Diurna para Adultos con SIDA	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Administración de Casos COBRA VIH	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Atención Médica Diurna para Adultos	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.
Servicios Personales de Emergencia (PERS)	Se brinda cobertura de Medicaid.	No se cubre.	No se cubre.