

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Gracias por su interés en MetroPlus Platinum Plan (HMO). Nuestro plan es ofrecido por METROPLUS HEALTH PLAN, INC./MetroPlus Health Plan, un Plan de Necesidades Especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage.

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 Platinum Plan (HMO) 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 Platinum Plan (HMO). Incluso podría tener otras opciones. Usted decide. Tome la decisión que tome, usted permanece dentro del Programa de Medicare.

Usted puede afiliarse o retirarse de un plan sólo durante ciertos periodos. Llame a MetroPlus Platinum Plan (HMO) al número de teléfono 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 Platinum Plan (HMO) con 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 PLATINUM PLAN (HMO)?

El área de servicio para este plan 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.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE EN METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO)?

Usted puede afiliarse a MetroPlus Platinum Plan (HMO) 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 Platinum Plan (HMO), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzaron con la diálisis.

¿PUEDO ELEGIR A MIS DOCTORES?

MetroPlus Platinum Plan (HMO) ha 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 Platinum Plan (HMO) ha 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 www.informedrx.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 Platinum Plan (HMO) sí cubre 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 Platinum Plan (HMO) usa 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

* 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 pueden cambiar de un año calendario al siguiente. 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 Platinum Plan (HMO), 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 Platinum Plan (HMO), 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 Platinum Plan (HMO) para obtener más información.

¿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 Health Plan (HMO) para obtener más información.

- 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 transplante) 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 transplante, si el transplante 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 Platinum Plan (HMO). Visítenos en www.metroplusmedicare.org o llámenos:

Horario de Atención al Cliente:

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

Los miembros actuales y potenciales pueden llamar gratuitamente, al (866)-986-0356 para preguntas relacionadas con el Programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD (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 (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 (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 (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 visite 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 Platinum Plan (HMO)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Prima y Otra Información Importante	En el 2011, la prima mensual de la Parte B era \$96.40 y puede cambiar para el 2012, y el monto anual de deducible de la Parte B era \$162 y puede cambiar para el 2012.	General Prima mensual del plan de \$51.30, en adición a su prima mensual de la Parte B de Medicare.
		La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, en adición a su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D, a razón de sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para matrimonios). Para más información sobre las primas de la Parte B y la Parte D, basadas en ingresos, 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 1-800-774-1213. 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 En el 2011, el monto anual de deducible de la Parte B es \$162.* Contacte al plan para los servicios que pertenecen en esta categoría. * Este monto puede cambiar para el 2012.
	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.	Límite de \$6,700 en desembolsos para servicios cubiertos por Medicare.
2. Elección de Doctores y Hospitales (Para más información, consulte Atención de Emergencia - #15 y Atención de Urgencia - #16)	Puede acudir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare.	Dentro de la Red Debe acudir a doctores, especialistas y hospitales dentro de la red.
		No necesita referimiento para médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS		
3. Atención Hospitalaria para Pacientes Internados (incluye Servicios para Abuso de Sustancias y de Rehabilitación)	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 El plan cubre 90 días cada periodo de beneficios.
		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.
	Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva de por vida.	No le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.
	Los días de reserva de por vida sólo pueden usarse una vez.	Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser internado en un hospital.
	Un “periodo 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 periodo de beneficios, comenzará otro periodo de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficio que usted goza.	
4 – Atención de Salud Mental para Pacientes Internados	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: 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.	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.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
<p>5 – Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p> <p>(en Centros de Enfermería Especializada certificados por Medicare)</p>	<p>En el 2011, los montos para cada periodo de beneficios, después de una hospitalización cubierta, de por lo menos 3 días eran: Días 1-20: \$0 por día. Días 21-100: \$141.50 por día. Estos montos pueden cambiar para el 2012.</p>	<p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser internado en un hospital.</p> <p>General Podrían aplicarse normas de autorización.</p>
	<p>100 días por cada periodo de beneficios.</p>	<p>Dentro de la Red El Plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios.</p>
	<p>Un “periodo 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 periodo de beneficios, comenzará otro periodo de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficio que usted goza.</p>	<p>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.</p>
<p>6 – Atención de Salud en el Hogar</p> <p>(incluye servicios, médicamente necesarios e intermitentes, de atención de enfermería especializada, asistencia médica en el hogar y rehabilitación, etc. si son médicamente necesarios)</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>No le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>General Podrían aplicarse normas de autorización.</p>
		<p>Dentro de la Red Copago de \$0 por cada visita a su médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>7 – Hospicio</p>	<p>Usted paga parte del costo de medicamentos para pacientes ambulatorios y atención de relevo.</p> <p>Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe obtener la atención de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará una visita de asesoría antes de que seleccione el hospicio.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
8 – Visitas al Consultorio Médico	Coaseguro de 20%	<p>Dentro de la Red Copago de \$0 por cada visita a su médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare</p>
		20% del costo de cada visita a un especialista, para beneficios cubiertos por Medicare.
9 – Servicios Quiroprácticos	No cubre la atención de rutina suplementaria	<p>Dentro de la Red 20% del costo de cada visita cubierta por Medicare.</p>
	Coaseguro de 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.
10 – Servicios de Podología	No cubre la atención de rutina suplementaria	<p>Dentro de la Red 20% del costo de cada visita cubierta por Medicare.</p>
	Coaseguro de 20% para atención de los pies médicamente necesaria, incluyendo atención para enfermedades que afectan las piernas.	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 40% para la mayoría de servicios de salud mental.	<p>Dentro de la Red Copago de \$40 por cada visita de terapia individual, cubierta por Medicare.</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.	Copago de \$40 por cada visita de terapia de grupo, cubierta por Medicare.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
	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.	Copago de \$40 por cada visita de terapia individual con un psiquiatra, cubierta por Medicare.
		Copago de \$40 por cada visita de terapia de grupo con un psiquiatra, cubierta por Medicare.
		Copago de \$50 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
12 – Atención para Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	Coaseguro de 20%	<p>Dentro de la Red Copago de \$40 para visitas individuales, cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 para visitas de grupo, cubiertas por Medicare.</p>
13 – Servicios/Cirugía para Pacientes Ambulatorios	Coaseguro de 20% por servicios del médico.	<p>Dentro de la Red Copago de \$50 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio, cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, cubierta por Medicare.</p>
	Copago específico por cargos de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible hospitalario de la Parte A para pacientes internados.	
	Copago de 20% por servicios del centro de cirugía ambulatoria.	
14 – Servicios de Ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coaseguro de 20%	<p>Dentro de la Red Copago de \$75 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es internado en un hospital, usted paga \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
15 – Atención de Emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencia si considera, razonablemente, que necesita atención de emergencia).	Coaseguro de 20% por servicios del médico.	<p>General Copago de \$50 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
	<p>Copago específico por servicios de emergencia en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas. Contacte al plan para más detalles.</p>
<p>16 – Atención de Urgencia (Esta no es atención de emergencia y en la mayoría de los casos ocurre fuera del área de servicio).</p>	<p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p> <p>Coaseguro de 20% o un copago fijo.</p>	<p>Si es internado en el hospital por la misma afección, en un periodo de 24 horas, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>General Copago de \$10 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare</p>
<p>17 – Servicios Ambulatorios de Rehabilitación (Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y Lenguaje).</p>	<p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p> <p>Coaseguro de 20%</p>	<p>Si es internado en el hospital por la misma afección, en un periodo de 24 horas, usted paga \$0 por la visita de atención de urgencia.</p> <p>Dentro de la Red Copago de \$25 para visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.</p>
		<p>Copago de \$25 para visitas de Terapia Física y/o del Habla y Lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
<p>SERVICIOS Y ARTÍCULOS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</p>		
<p>18 – Equipo Médico Durable (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	<p>Coaseguro de 20%</p>	<p>General Podrían aplicarse normas de autorización.</p>
		<p>Dentro de la Red 20% del costo de artículos cubiertos por Medicare.</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
19 – Dispositivos Prostéticos (incluyen abrazaderas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Coaseguro de 20%	General Podrían aplicarse normas de autorización.
		Dentro de la Red 20% del costo de artículos cubiertos por Medicare.
20 – Programas y Artículos para la Diabetes	Coaseguro de 20% para entrenamiento del autocontrol de la diabetes	General Podrían aplicarse normas de autorización.
	Coaseguro de 20% para artículos de la diabetes	Dentro de la Red Copago de \$0 para entrenamiento del automonitoreo de la diabetes.
	Coaseguro de 20% para zapatos o plantillas terapéuticas	Copago de \$0 para: -Artículos para el monitoreo de la diabetes -Zapatos o plantillas terapéuticas
21 – Pruebas de Diagnóstico, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología	Coaseguro de 20% para pruebas de diagnóstico y Rayos X.	Dentro de la Red 20% del costo de servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
	Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	20% del costo de procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare.
	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.	20% del costo de Rayos X cubiertos por Medicare.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
	Coaseguro de 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.	20% del costo de servicios diagnósticos de radiología cubiertos por Medicare (no incluyen Rayos X).
		20% del costo de servicios de radiología terapéutica.
22 – Servicios de Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar	Coaseguro de 20% para servicios de Rehabilitación Cardíaca 20% para servicios de Rehabilitación Pulmonar 20 % para servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva	Dentro de la Red Copago de \$20 para servicios de Rehabilitación Cardíaca cubiertos por Medicare
	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.	Copago de \$20 para servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva cubiertos por Medicare
		Copago de \$20 para servicios de Rehabilitación Pulmonar cubiertos por Medicare
SERVICIOS PREVENTIVOS		
23 – Servicios Preventivos y Programas Educativos / de Bienestar	No hay coaseguro, copago o deducible para lo siguiente: -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	General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original, sin ningún pago de costos compartidos: - 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

Beneficio

Servicios Preventivos y Programas Educativos / de Bienestar (Continuado)

Original 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.
- 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.
- 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.

24 – Enfermedad Renal y Afecciones del Riñón

Coaseguro de 20% para diálisis renal

MetroPlus Platinum Plan (HMO)

- 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, por sus siglas en inglés])
- Dejar de Fumar (Orientación para dejar de fumar)
- Examen Físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial).

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. Contacte al plan para más detalles.

Dentro de la Red

El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación / bienestar:

- Material escrito de educación sobre la salud, incluyendo Boletines Informativos

Dentro de la Red

Copago de \$0 para diálisis renal.

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
	Coaseguro de 20% 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</p> <p>General</p> <p>10% del costo de medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p>
		<p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>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>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 plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para esa afección.</p>
		<p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Para ciertos medicamentos, su proveedor debe obtener autorización previa de MetroPlus Platinum (HMO).</p>

Beneficio

Original Medicare

MetroPlus Platinum Plan (HMO)

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.

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.

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.

Farmacias de venta al por menor

Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):

- suministro de un mes (30 días)
- suministro de tres meses (90 días)

Farmacia de Atención a Largo Plazo

Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):

- suministro de un mes (34 días)

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
		<p>Pedidos por Correo</p> <p>Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</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"> - 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 medicamentos.
		<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 Platinum (HMO).</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suministro de un mes (30 días)
		<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>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
		<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.</p> <p>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>
		<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 por el medicamento, 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 de marca que se manejan como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los otros medicamentos.
26 – Servicios Dentales	No se cubren servicios dentales preventivos (tales como limpiezas).	<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
27 – Servicios para la Audición	No cubre los exámenes de audición suplementarios de rutina ni audífonos.	<p>Dentro de la Red</p> <p>Copago de \$0 por hasta 1 audífono cada tres años</p>

Beneficio	Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)
	Coaseguro de 20% para exámenes diagnósticos de audición.	<ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$20 para exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare. - Copago de \$20 para hasta 1 examen rutinario suplementario de audición cada año. - Copago de \$0 por hasta 1 evaluación y medición de audífonos cada año. Límite de cobertura del Plan de \$500 para audífonos cada tres años.
28 - Servicios de la Vista	Coaseguro de 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.	Dentro de la Red Copago de \$0 para: <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 \$20 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. - copago de \$20 por hasta 1 examen de la vista rutinario suplementario cada año
	No se cubren los exámenes de la vista, rutinarios, suplementarios ni los anteojos.	Límite de cobertura del plan de \$125 para monturas de anteojos.
	Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas. Se cubre un examen anual de glaucoma para las personas en riesgo.	
Otros Artículos de Venta Libre	No se cubre	General El Plan no cubre artículos de venta libre.
Transporte	No se cubre	Dentro de la Red Copago de \$0 por hasta 3 viajes de ida y vuelta, a cualquier ubicación, cada 3 meses.

Beneficio

Acupuntura

Original Medicare

No se cubre

MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Dentro de la Red

Este plan no cubre acupuntura.

