

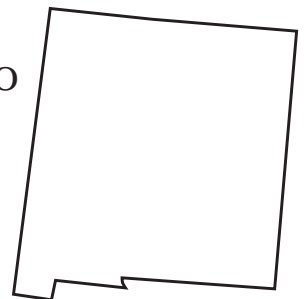


# CARE IMPROVEMENT PLUS

*Atención especializada para los beneficiarios de Medicare*

# Resumen de beneficios 2012

Nuevo México



La zona de servicios para estos planes incluye: los condados de Bernalillo, Cibola, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Guadalupe, Lincoln, Mora, Sierra, Socorro y Torrance, Nuevo México.

Y0072\_OS12\_1001\_NM1\_LPPO\_CMS Approved 09142011  
CIP12NM1\_SB

H0084

## **Sección 1**

### **Introducción al informe del Resumen de beneficios de CARE IMPROVEMENT PLUS del 1.º de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 NUEVO MÉXICO**

Agradecemos su interés en Care Improvement Plus (PPO). Nuestro plan es ofrecido por CARE IMPROVEMENT PLUS DE TEXAS INSURANCE COMPANY/Care Improvement Plus, una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare Advantage. En el Resumen de beneficios se incluye más de un plan. Si está inscrito en un plan y desea cambiarse a otro, solo puede hacerlo en ciertos momentos del año. Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Silver Rx (PPO SNP) y Gold Rx (PPO SNP):

Si se le han diagnosticado falla en el corazón crónica y diabetes, es posible que sea elegible para afiliarse a este plan.

Llame a Care Improvement Plus para averiguar si usted reúne los requisitos de afiliación. Nuestro número se encuentra al final de esta introducción.

Este Resumen de beneficios le indica algunas características de nuestro plan. No detalla todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a Care Improvement Plus y solicite la "Evidencia de cobertura".

#### **USTED TIENE OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA**

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Medicare Original (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como Care Improvement Plus. También cuenta con otras opciones. Usted elige. No importa cuál sea su decisión final, usted continuará inscrito en el programa de Medicare.

Si padece una o más de las enfermedades incluidas, puede inscribirse en el plan en cualquier momento, pero solo puede abandonarlo en determinados momentos.

Llame a Care Improvement Plus al número que se encuentra al final de esta introducción o al teléfono 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?**

Puede utilizar este Resumen de beneficios para comparar Care Improvement Plus y el Plan Medicare Original. En los cuadros de esta guía se detallan algunos beneficios importantes para la salud. Para cada beneficio, puede consultar lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Plan Medicare Original.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Medicare Original. Además, ofrecemos más beneficios, que pueden variar de año a año.

#### **¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE CARE IMPROVEMENT PLUS?**

La zona de servicios para este plan incluye: los condados de Bernalillo, Cibola, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Guadalupe, Lincoln, Mora, Sierra, Socorro y Torrance, Nuevo México. Debe vivir en una de estas zonas para afiliarse al plan.

En el Resumen de beneficios se incluye más de un plan. Si está inscrito en un plan y desea cambiarse a otro, solo puede hacerlo en ciertos momentos del año. Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.

### **¿QUIÉN REÚNE LOS REQUISITOS PARA AFILIARSE A CARE IMPROVEMENT PLUS?**

Puede afiliarse a Care Improvement Plus si tiene derecho a Medicare Parte A, está inscrito en Medicare Parte B y vive en la zona de servicios.

Sin embargo, las personas que tienen una enfermedad renal en etapa terminal generalmente no reúnen los requisitos para afiliarse a Care Improvement Plus, excepto que sean miembros de nuestra organización desde el comienzo de su diálisis.

Su médico debe haberle diagnosticado falla en el corazón crónica y diabetes para afiliarse a Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP) y Gold Rx (PPO SNP).

Llame al plan para saber si reúne los requisitos para afiliarse.

### **¿PUEDO ELEGIR MIS MÉDICOS?**

Care Improvement Plus formó una red de médicos, especialistas y hospitales. Puede elegir cualquier médico que forme parte de nuestra red. También puede elegir médicos que estén fuera de la red. Los proveedores de atención médica de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar una Guía de proveedores actual. Para obtener una lista actualizada, visítenos en <http://www.careimprovementplus.com>. Nuestro número de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

### **¿QUÉ SUCEDE SI ELIJO UN MÉDICO QUE NO ESTÁ EN LA RED?**

Puede elegir médicos, especialistas u hospitales que estén dentro o fuera de la red. Posiblemente tenga que pagar más por los servicios que recibe fuera de la red y tenga que seguir reglas especiales antes de obtener servicios dentro o fuera de la red. Para obtener más información, llame al número de atención al cliente que se encuentra al final de esta introducción.

### **¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA SI ME AFILIO A ESTE PLAN?**

Care Improvement Plus formó una red de farmacias. Debe utilizar una de las farmacias de la red para recibir los beneficios del plan. Es posible que no pague sus medicamentos de venta con receta si utiliza una farmacia que está fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar una Guía de farmacias o visitarnos en <http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx>. Nuestro número de atención al cliente se encuentra al final de esta introducción.

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

Care Improvement Plus cubre los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B y Parte D.

### **¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA?**

Care Improvement Plus usa un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente, podemos agregar, quitar o modificar las limitaciones de la cobertura de ciertos medicamentos o cambiar el precio que paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros miembros para llenar sus recetas, se lo notificaremos a los inscritos afectados antes de que se realice la modificación. Le enviaremos un formulario. Puede ver el formulario completo en nuestro sitio de Internet <http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx>.

Si actualmente está tomando un medicamento que no figura en nuestro formulario o está sujeto a requisitos o límites adicionales, puede obtener un suministro temporal de ese medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o, con la ayuda de su médico, cambiar a un medicamento alternativo que esté incluido en nuestro formulario. Llámenos para consultar si puede recibir un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles acerca de nuestra política de transición de medicamentos.

### **¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?**

Quizá pueda obtener ayuda adicional para pagar los costos y las primas de los medicamentos de venta con receta y también con otros costos de Medicare. Averigüe si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional llamando a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas al día/7 días a la semana y visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) “Programas para personas con recursos e ingresos limitados” en la publicación Medicare y usted.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o
- Su oficina estatal de Medicaid.

### **¿QUÉ TIPO DE PROTECCIÓN ME OTORGA ESTE PLAN?**

Todos los planes de Medicare Advantage acuerdan permanecer en este programa durante todo un año calendario. Los beneficios y los costos compartidos del plan pueden cambiar de un año calendario a otro. Cada año, los planes pueden decidir si continuarán participando en Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su zona de servicios (zona geográfica en la que un plan acepta miembros) o elegir continuar solo en determinadas zonas. Además, Medicare puede decidir finalizar un contrato con un plan.

Incluso si su Plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si se decide que un plan no continuará por un año calendario adicional, se le deberá enviar una carta al menos 90 días antes de que su cobertura finalice. En la carta se le explicarán las opciones de la cobertura de Medicare en su zona.

Como miembro de Care Improvement Plus, tiene derecho a solicitar una determinación de organización, que incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un artículo o un servicio, y el derecho a presentar una queja. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de organización si desea que brindemos o pague un artículo o servicio que usted considera que debería estar cubierto. Si le negamos la cobertura del artículo o servicio que solicitó, tiene derecho a apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación de cobertura acelerada (rápida) o presentar una apelación si considera que esperar una decisión podría poner su vida o su salud en riesgo, o afectar su capacidad para recuperar su funcionamiento máximo. Si su médico realiza o apoya la solicitud acelerada, debemos acelerar nuestra decisión. Finalmente, tiene derecho a presentar una queja si tiene algún tipo de problema con nosotros o uno de nuestros proveedores de la red que no implique la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema involucra la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja ante la Organización de mejoras de calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

Como miembro de Care Improvement Plus, usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, que incluye el derecho a pedir una excepción, el derecho a presentar un recurso de apelación si le negamos la cobertura de un medicamento de venta con receta y el derecho a presentar una queja. Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que considera que debe ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debe obtener un medicamento no preferido a un costo de desembolso menor. También puede solicitar una excepción de las reglas de utilización de costos, como el límite de cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de llenar sus recetas en la farmacia. Su médico debe enviar una declaración que corrobore su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos de venta con receta, tiene derecho a apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Finalmente, tiene derecho a presentar una queja si tiene algún tipo de problema con nosotros

o una de nuestras farmacias de la red que no implique la cobertura de un medicamento de venta con receta. Si su problema involucra la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja ante la Organización de mejoras de calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

### ¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS (MTM)?

Un Programa de administración de tratamientos con medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Es probable que lo inviten a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas relacionadas con la salud y las farmacias. Puede elegir no participar, pero se recomienda que aproveche totalmente este servicio cubierto, si es seleccionado. Comuníquese con Care Improvement Plus para obtener más información.

### ¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS PUEDEN TENER COBERTURA DE MEDICARE PARTE B?

Es posible que algunos medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios tengan cobertura de Medicare Parte B. Estos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Care Improvement Plus para obtener más información.

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada (que puede ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos contra la osteoporosis: medicamentos inyectables contra la osteoporosis para algunas mujeres que tienen Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetina alfa o Epogen®): se inyecta si padece enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que necesite diálisis o un trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para hemofilia: factores de coagulación autoadministrados si padece hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados en el consultorio de un médico.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes con trasplantes si el trasplante fue pagado por Medicare o por un seguro privado que pagó en calidad de pagador primario de la cobertura de Medicare Parte A, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: si usted es parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión proporcionados a través de DME (equipo médico duradero).

### ¿DÓNDE PUEDO BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DEL PLAN?

El programa de Medicare califica el rendimiento de los planes y los divide en diferentes categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, calificaciones de los pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas web que encontrará en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar "Health and Drug Plans" ("Planes de salud y de medicamentos"), y luego "Compare Drug and Health Plans" ("Comparar los planes de salud y de medicamentos") para comparar las calificaciones de los planes para los planes de Medicare de su zona. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las calificaciones del plan.

Nuestro número de atención al cliente se encuentra a continuación.

**Llame a Care Improvement Plus para obtener más información sobre este plan.**

**Visítenos en Internet en <http://www.careimprovementplus.com/> o llámenos:**

**Horarios 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 deben llamar a la línea gratuita (800)-204-1002 por preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD [711])

Los futuros miembros deben llamar a la línea gratuita (800) -711-1656 por preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD [711])

Los miembros actuales deben llamar a la línea local (800)-204-1002 por preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD [711])

Los futuros miembros deben llamar a la línea local (800)-711-1656 por preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (TTY/TDD [711])

Los miembros actuales deben llamar a la línea gratuita (866) -673-3561 por preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD [866]-673-3563)

Los futuros miembros deben llamar a la línea gratuita (800) -711-1656 por preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD [866]-673-3563)

Los miembros actuales deben llamar a la línea local (866) -673-3561 por preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD [866]-673-3563)

Los futuros miembros deben llamar a la línea local (800) -711-1656 por preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. (TTY/TDD [866]-673-3563)

Para obtener más información sobre Medicare, llame al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en un idioma diferente al inglés. Para obtener más información, llame al número de atención al cliente que se menciona anteriormente.

This document may be available in other formats such as Braille, large print or other alternate formats. This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Si tiene alguna pregunta acerca de los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Care Improvement Plus para obtener más información.

## Sección II — Resumen de beneficios

Beneficios	Medicare Original
------------	-------------------

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

#### 1. Prima y otra información importante

En 2012, la prima mensual de la Parte B será de \$ 99.90 y el monto del deducible anual de la Parte B será de \$ 140.

Si un médico o proveedor no aceptan la asignación, generalmente cobran más caro, lo que significa que usted pagará más.

La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a su ingreso anual (más de \$ 85,000 para personas solteras, \$ 170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de la prima de la Parte B según sus 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 1-800-772-1213; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
---	---	--

#### General

Prima mensual del plan de \$ 21.30 además de la prima mensual de Medicare Parte B.

La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B además de la prima de su Plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor de la Parte B y D debido a su ingreso anual (más de \$ 85,000 para personas solteras, \$ 170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de la prima de la Parte B y D según sus 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 1-800-772-1213; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Algunos médicos, proveedores y abastecedores que no pertenecen a la red del plan (es decir, que están fuera de la red) aceptan una "asignación" de Medicare y solo cobrarán un monto aprobado por Medicare. Si elige consultar a un médico fuera de la red que NO acepta la "asignación" de Medicare, su coseguro se puede basar en el monto aprobado por Medicare más un monto adicional hasta un "cargo limitado" de Medicare mayor. Si es miembro de un plan que cobra un copago por los servicios médicos fuera de la red, el "cargo limitado" de Medicare mayor no se aplica. Consulte las publicaciones Medicare y usted o Sus beneficios de Medicare disponibles en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener una lista completa de los beneficios que ofrece Medicare Original, además de las explicaciones de las reglas

#### General

Prima mensual del plan de \$ 0 además de la prima mensual de Medicare Parte B.

La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B además de la prima de su Plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor de la Parte B y D debido a su ingreso anual (más de \$ 85,000 para personas solteras, \$ 170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de la prima de la Parte B y D según sus 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 1-800-772-1213; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Algunos médicos, proveedores y abastecedores que no pertenecen a la red del plan (es decir, que están fuera de la red) aceptan una "asignación" de Medicare y solo cobrarán un monto aprobado por Medicare. Si elige consultar a un médico fuera de la red que NO acepta la "asignación" de Medicare, su coseguro se puede basar en el monto aprobado por Medicare más un monto adicional hasta un "cargo limitado" de Medicare mayor. Si es miembro de un plan que cobra un copago por los servicios médicos fuera de la red, el "cargo limitado" de Medicare mayor no se aplica. Consulte las publicaciones Medicare y usted o Sus beneficios de Medicare disponibles en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener una lista completa de los beneficios que ofrece Medicare Original, además de las explicaciones de las reglas

#### General

Prima mensual del plan de \$ 53 además de la prima mensual de Medicare Parte B.

La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte B además de la prima de su Plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor de la Parte B y D debido a su ingreso anual (más de \$ 85,000 para personas solteras, \$ 170,000 para parejas casadas). Para obtener más información acerca de la prima de la Parte B y D según sus 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 1-800-772-1213; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Algunos médicos, proveedores y abastecedores que no pertenecen a la red del plan (es decir, que están fuera de la red) aceptan una "asignación" de Medicare y solo cobrarán un monto aprobado por Medicare. Si elige consultar a un médico fuera de la red que NO acepta la "asignación" de Medicare, su coseguro se puede basar en el monto aprobado por Medicare más un monto adicional hasta un "cargo limitado" de Medicare mayor. Si es miembro de un plan que cobra un copago por los servicios médicos fuera de la red, el "cargo limitado" de Medicare mayor no se aplica. Consulte las publicaciones Medicare y usted o Sus beneficios de Medicare disponibles en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener una lista completa de los beneficios que ofrece Medicare Original, además de las explicaciones de las reglas

Beneficios	Medicare Original
<p><b>1. Prima y otra información importante</b> (continuación)</p>	
<p><b>2. Elección de médico y hospital</b> (Para obtener más información, consulte Atención de emergencia: n.º 15 y Atención de urgencia: n.º 16).</p>	<p>Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepten Medicare.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p>relacionadas con la “asignación” y los “cargos limitados” que se aplican por tipo de beneficio. Para saber si los médicos y los abastecedores de DME aceptan la asignación o participan en Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/physician">www.medicare.gov/physician</a> o <a href="http://www.medicare.gov/supplier">www.medicare.gov/supplier</a>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE, o preguntar a su médico, proveedor o abastecedor si aceptan la asignación.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> En 2012, el monto del deducible anual de la Parte B será de \$ 140. Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p>	<p>relacionadas con la “asignación” y los “cargos limitados” que se aplican por tipo de beneficio. Para saber si los médicos y los abastecedores de DME aceptan la asignación o participan en Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/physician">www.medicare.gov/physician</a> o <a href="http://www.medicare.gov/supplier">www.medicare.gov/supplier</a>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE, o preguntar a su médico, proveedor o abastecedor si aceptan la asignación.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p>	<p>relacionadas con la “asignación” y los “cargos limitados” que se aplican por tipo de beneficio. Para saber si los médicos y los abastecedores de DME aceptan la asignación o participan en Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/physician">www.medicare.gov/physician</a> o <a href="http://www.medicare.gov/supplier">www.medicare.gov/supplier</a>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE, o preguntar a su médico, proveedor o abastecedor si aceptan la asignación.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de desembolso de \$ 6,700 para los servicios cubiertos de Medicare.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Sin necesidad de derivaciones para médicos, especialistas y hospitales.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Puede ir a médicos, especialistas y hospitales que estén dentro o fuera de la red. Será más costoso obtener los beneficios fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin necesidad de derivaciones para médicos, especialistas y hospitales.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Puede ir a médicos, especialistas y hospitales que estén dentro o fuera de la red. Será más costoso obtener los beneficios fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin necesidad de derivaciones para médicos, especialistas y hospitales.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Puede ir a médicos, especialistas y hospitales que estén dentro o fuera de la red. Será más costoso obtener los beneficios fuera de la red.</p>

**Beneficios****Medicare Original****ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS****3. Atención para pacientes hospitalizados**  
(incluye el servicio relacionado con el abuso de sustancias y el servicio de rehabilitación)

En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  
 Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  
 Días 61 a 90: \$ 289 por día.  
 Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.  
 Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva vitalicia.  
 Los días de reserva vitalicia se pueden usar solo una vez.  
 El "período de beneficio" comienza el día en el que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializado. Finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que usted reciba atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si acude a un hospital después de que un período de beneficio haya finalizado, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio que puede tener.

**Care Improvement Plus  
Silver Rx  
(PPO SNP)****Care Improvement Plus  
Gold Rx  
(PPO SNP)****Care Improvement Plus  
Medicare Advantage  
(PPO)****Dentro de la red**

El plan cubre 90 días en cada período de beneficio.  
 En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  
 Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  
 Días 61 a 90: \$ 289 por día.  
 Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.  
 No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.  
 Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.

**Fuera de la red**

En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  
 Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  
 Días 61 a 90: \$ 289 por día.  
 Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.

**Dentro de la red**

El plan cubre 90 días en cada período de beneficio.  
 Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:  
 Días 1 a 15: copago de \$ 175 por día.  
 Días 16 a 90: copago de \$ 0 por día.  
 El plan cubre 60 días de reserva vitalicia. Costo por día de reserva vitalicia:  
 Días 1 a 60: copago de \$ 0 por día.  
 Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.

**Fuera de la red**

Para hospitalizaciones:  
 Días 1 a 15: copago de \$ 175 por día.  
 Días 16 a 90: copago de \$ 0 por día.

**Dentro de la red**

El plan cubre 90 días en cada período de beneficio.  
 Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:  
 Días 1 a 15: copago de \$ 175 por día.  
 Días 16 a 90: copago de \$ 0 por día.  
 El plan cubre 60 días de reserva vitalicia. Costo por día de reserva vitalicia:  
 Días 1 a 60: copago de \$ 0 por día.  
 Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.

**Fuera de la red**

Para hospitalizaciones:  
 Días 1 a 15: copago de \$ 175 por día.  
 Días 16 a 90: copago de \$ 0 por día.

Beneficios	Medicare Original
<p><b>4. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  Días 61 a 90: \$ 289 por día.  Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.  Recibe hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Dentro de la red</b>  En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  Días 61 a 90: \$ 289 por día.  Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.  Recibe hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.  Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.</p> <p><b>Fuera de la red</b>  En 2012, los montos para cada período de beneficio son:  Días 1 a 60: deducible de \$ 1156.  Días 61 a 90: \$ 289 por día.  Días 91 a 150: \$ 578 por día de reserva vitalicia.  Mismo deducible y copago que la atención para pacientes hospitalizados (consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados").</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Recibe hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.  Copago de \$ 1,000 por cada hospitalización cubierta por Medicare.  El plan cubre 60 días de reserva vitalicia. Costo por día de reserva vitalicia:  Días 1 a 60: copago de \$ 0 por día.  Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.</p> <p><b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 1,000 por cada hospitalización.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Recibe hasta 190 días de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados de por vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.  Copago de \$ 1,000 por cada hospitalización cubierta por Medicare.  El plan cubre 60 días de reserva vitalicia. Costo por día de reserva vitalicia:  Días 1 a 60: copago de \$ 0 por día.  Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.</p> <p><b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 1,000 por cada hospitalización.</p>

Beneficios	Medicare Original
<p><b>5. Centro de enfermería especializado (SNF)</b> (en un centro de enfermería especializado certificado por Medicare)</p>	<p>En 2012, los montos para cada período de beneficio después de una hospitalización cubierta de al menos 3 días son: Días 1 a 20: \$ 0 por día. Días 21 a 100: \$ 144.50 por día. 100 días para cada período de beneficios. El “período de beneficio” comienza el día en que usted acude a un hospital o SNF. Finaliza cuando usted acude durante 60 días seguidos sin atención en un hospital o centro de enfermería especializada. Si acude al hospital después de que un período de beneficio ha finalizado, comienza un nuevo período de beneficio. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio que puede tener.</p>
<p><b>6. Atención médica en el hogar</b> (Incluye atención de enfermería especializada intermitente necesaria por razones médicas, servicios de apoyo a la salud en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.).</p>	<p>Copago de \$ 0.</p>
<p><b>7. Cuidados paliativos</b></p>	<p>Usted paga parte del costo por los medicamentos para pacientes ambulatorios y de los servicios de descanso para familiares de pacientes hospitalizados. Debe recibir la atención de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. En 2012, los montos para cada período de beneficio son: Días 1 a 20: \$ 0 por día. Días 21 a 100: \$ 144.50 por día. No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p><b>Fuera de la red</b> En 2012, los montos para cada período de beneficio son: Días 1 a 20: \$ 0 por día. Días 21 a 100: \$ 144.50 por día.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. Para hospitalizaciones en un SNF: Días 1 a 20: copago de \$ 0 por día. Días 21 a 100: copago de \$ 130 por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada hospitalización en un SNF: Días 1 a 20: copago de \$ 0 por día en un SNF. Días 21 a 100: copago de \$ 130 por día en un SNF.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficio. No se requiere hospitalización previa. Para hospitalizaciones en un SNF: Días 1 a 20: copago de \$ 0 por día. Días 21 a 100: copago de \$ 130 por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada hospitalización en un SNF: Días 1 a 20: copago de \$ 0 por día en un SNF. Días 21 a 100: copago de \$ 130 por día en un SNF.</p>
<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para cada visita domiciliaria cubierta por Medicare. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para las visitas domiciliarias.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 0 % del costo para cada visita domiciliaria cubierta por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 35 % del costo para las visitas domiciliarias.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 0 % del costo para cada visita domiciliaria cubierta por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 35 % del costo para las visitas domiciliarias.</p>
<p><b>General</b> Debe recibir la atención de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir la atención de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir la atención de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará una consulta antes de que seleccione el centro de cuidados paliativos.</p>

Beneficios	Medicare Original
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
8. Visitas al consultorio del médico	Coseguro del 20 %.
9. Servicios quiroprácticos	Atención complementaria de rutina sin cobertura. Coseguro del 20 % para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o desviación de una articulación o parte del cuerpo) si se recibe de parte de un quiropráctico o de otros proveedores calificados.
10. Servicios de podiatría	Atención complementaria de rutina sin cobertura. Coseguro del 20 % para atención podiátrica necesaria por razones médicas, incluida la atención por trastornos médicos que afectan los miembros inferiores.

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo por cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare. 20 % del costo para cada visita de atención de urgencia dentro de la red cubierta por Medicare, dentro de la zona. 20 % del costo para cada visita a un especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20 % del costo por cada visita al médico de atención primaria. 20 % del costo por cada visita a un especialista.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 25 por cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$ 25 por cada visita de atención de urgencia dentro de la red cubierta por Medicare dentro de la zona. Copago de \$ 50 por cada visita a un especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$25 por cada visita al médico de atención primaria. Copago de \$50 para cada visita a un especialista.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 35 por cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$ 35 por cada visita de atención de urgencia dentro de la red cubierta por Medicare dentro de la zona. Copago de \$ 50 por cada visita a un especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 35 por cada visita al médico de atención primaria. Copago de \$50 para cada visita a un especialista.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo por cada visita cubierta por Medicare. Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (un desplazamiento o una desviación de una articulación o parte del cuerpo) si se recibe de parte de un quiropráctico o de otros proveedores calificados.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para los beneficios quiroprácticos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 20 para cada visita cubierta por Medicare. Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (un desplazamiento o una desviación de una articulación o parte del cuerpo) si se recibe de parte de un quiropráctico o de otros proveedores calificados.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 20 para beneficios quiroprácticos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 20 para cada visita cubierta por Medicare. Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (un desplazamiento o una desviación de una articulación o parte del cuerpo) si se recibe de parte de un quiropráctico o de otros proveedores calificados.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 20 para beneficios quiroprácticos.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo por cada visita cubierta por Medicare. 0 % del costo para hasta 6 visitas complementarias de rutina por año. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención podiátrica necesaria por razones médicas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Del 0 % al 20 % del costo para los beneficios de podiatría.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 50 para cada visita cubierta por Medicare. Copago de \$ 0 hasta 6 visitas complementarias de rutina por año. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención podiátrica necesaria por razones médicas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 a \$ 50 para beneficios de podiatría.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 50 para cada visita cubierta por Medicare. Copago de \$ 0 hasta 6 visitas complementarias de rutina por año. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención podiátrica necesaria por razones médicas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 a \$ 50 para beneficios de podiatría.</p>

Beneficios	Medicare Original
<p><b>11. Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Coseguro del 40 % para la mayoría de los servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago específico para servicios de programas de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios proporcionados por un hospital o un centro comunitario de salud mental (CMHC). El copago no puede superar el deducible para los pacientes hospitalizados que tengan Parte A.</p> <p>El “programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes ambulatorios, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de un médico o de un terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p>
<p><b>12. Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Coseguro del 20 %.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 40 % del costo para cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. 40 % del costo para cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare. 40 % del costo para cada sesión de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. 40 % del costo para cada sesión de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. 20 % del costo para servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40 % del costo para beneficios de salud mental con un psiquiatra. 40 % del costo para beneficios de salud mental. 20 % del costo para servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 40 para cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$ 25 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. Copago de \$ 40 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de \$ 25 por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de \$ 40 para servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 25 a \$ 40 para los beneficios de salud mental con un psiquiatra. Copago de \$ 25 a \$ 40 para beneficios de salud mental. Copago de \$ 40 para servicios de programas de hospitalización parcial.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 40 para cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$ 35 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. Copago de \$ 40 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de \$ 35 por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de \$ 40 para servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 35 a \$ 40 para beneficios de salud mental con un psiquiatra. Copago de \$ 35 a \$ 40 para beneficios de salud mental. Copago de \$ 40 para servicios de programas de hospitalización parcial.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> 40 % del costo para las sesiones individuales cubiertas por Medicare. 40 % del costo para sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40 % del costo para beneficios de atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 40 para visitas individuales cubiertas por Medicare. Copago de \$ 25 por visitas grupales cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 25 a \$ 40 para beneficios de atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 40 para visitas individuales cubiertas por Medicare. Copago de \$ 35 por visitas grupales cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 35 a \$ 40 para beneficios de atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>

Beneficios	Medicare Original
<b>13. Cirugía/Servicios para pacientes ambulatorios</b>	<p>Coseguro del 20 % para los servicios médicos.</p> <p>Coseguro específico para los servicios del centro para pacientes ambulatorios. El copago no puede superar el deducible para los pacientes hospitalizados que tengan Parte A.</p> <p>Coseguro del 20 % para los servicios del centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<b>14. Servicios de ambulancias</b> (Servicios de ambulancia necesarios por razones médicas)	<p>Coseguro del 20 %.</p>
<b>15. Atención de emergencia</b> (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si tiene razones suficientes para considerar que necesita atención de emergencia).	<p>Coseguro del 20 % para los servicios médicos.</p> <p>Copago específico para los servicios de emergencia en el centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>El copago por los servicios de emergencia no puede superar el deducible para los pacientes hospitalizados que tengan Parte A para cada servicio proporcionado por el hospital.</p> <p>No es necesario que pague el copago por el uso de la sala de emergencias si es hospitalizado por la misma enfermedad en el transcurso de los 3 días posteriores a la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Este beneficio no está cubierto fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas.</p>
<b>16. Atención de urgencia</b> (Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera de la zona de servicios).	<p>Coseguro del 20 % o un copago establecido.</p> <p>Este beneficio NO está cubierto fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. 20 % del costo para cada visita a un centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para beneficios de centros para pacientes ambulatorios. 20 % del costo para beneficios del centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 150 para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$ 150 para cada visita a un centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 150 para beneficios de centros para pacientes ambulatorios. Copago de \$ 150 para beneficios del centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 150 para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$ 150 para cada visita a un centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 150 para beneficios de centros para pacientes ambulatorios. Copago de \$ 150 para beneficios del centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para los beneficios de ambulancia.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 160 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 160 para beneficios de ambulancia.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 160 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 160 para beneficios de ambulancia.</p>
<p><b>General</b> 20 % del costo (hasta \$ 65) por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Cobertura mundial. Si es hospitalizado en el transcurso de 24 horas por la misma enfermedad, paga \$ 0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$ 65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Cobertura mundial. Si es hospitalizado en el transcurso de 24 horas por la misma enfermedad, paga \$ 0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$ 65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Cobertura mundial. Si es hospitalizado en el transcurso de 24 horas por la misma enfermedad, paga \$ 0 por la visita a la sala de emergencias.</p>
<p><b>General</b> 20 % del costo para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. Si es hospitalizado en el transcurso de 24 horas por la misma enfermedad, paga \$ 0 por la visita de atención de urgencia.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$ 25 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$ 35 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>

Beneficios	Medicare Original
<b>17. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Coseguro del 20 %.
SUMINISTROS Y SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	
<b>18. Equipo médico duradero</b> (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.).	Coseguro del 20 %.
<b>19. Prótesis</b> (Incluye aparatos ortopédicos, miembros y ojos artificiales, etc.).	Coseguro del 20 %.

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Es posible que haya límites en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patologías del habla y del lenguaje. Si es así, pueden haber excepciones con estos límites. 20 % del costo para sesiones de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. 20 % del costo para sesiones de fisioterapia o sesión de terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 20 % costo para sesiones de fisioterapia o de terapia del habla y del lenguaje. 20 % del costo para beneficios de terapia ocupacional.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Es posible que haya límites en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patologías del habla y del lenguaje. Si es así, pueden haber excepciones con estos límites. Copago de \$ 50 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de \$ 50 para sesiones de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 50 para beneficios de terapia ocupacional. Copago de \$ 50 para sesiones de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Es posible que haya límites en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patologías del habla y del lenguaje. Si es así, pueden haber excepciones con estos límites. Copago de \$ 50 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de \$ 50 para sesiones de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 50 para beneficios de terapia ocupacional. Copago de \$ 50 para sesiones de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje.
<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para equipo médico duradero.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 40 % del costo para equipo médico duradero.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 30 % del costo para equipo médico duradero.
<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para prótesis.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para prótesis.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para artículos cubiertos por Medicare. <b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para prótesis.

Beneficios	Medicare Original
<p><b>20. Programas y suministros para la diabetes</b></p>	<p>Coseguro del 20 % para capacitación para el autocontrol de la diabetes.  Coseguro del 20 % para suministros para la diabetes.  Coseguro del 20 % para plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos.</p>
<p><b>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>Coseguro del 20 % para pruebas de diagnóstico y radiografías.  Copago de \$ 0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.  Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico que sean necesarios por razones médicas y estén indicados por el médico a cargo del tratamiento, cuando son provistos por un laboratorio certificado por las Enmiendas para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar la sospecha de una enfermedad o un trastorno. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de detección de rutina complementarias, como el control de niveles de colesterol.  Coseguro del 20 % para examen digital del recto y otros servicios relacionados.  Este beneficio está cubierto una vez al año para todos los hombres que tienen Medicare mayores de 50 años de edad.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Dentro de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  20 % del costo para suministros para el control de la diabetes.  20 % del costo para plantillas o zapatos terapéuticos.  <b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  20 % del costo para suministros para el control de la diabetes.  20 % del costo para plantillas o zapatos terapéuticos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  Copago de \$ 0 para suministros de control para la diabetes.  Copago de \$ 0 para plantillas o zapatos terapéuticos.  <b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  Copago de \$ 0 para suministros de control para la diabetes.  Copago de \$ 0 para plantillas o zapatos terapéuticos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  Copago de \$ 0 para suministros de control para la diabetes.  Copago de \$ 0 para plantillas o zapatos terapéuticos.  <b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.  Copago de \$ 0 para suministros de control para la diabetes.  Copago de \$ 0 para plantillas o zapatos terapéuticos.</p>
<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  20 % del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.  20 % del costo para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.  20 % del costo para radiografías cubiertas por Medicare.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.  Si el médico le proporciona servicios además de las pruebas, los procedimientos y los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido separado del 20 %.  Si el médico le proporciona servicios además de los servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido separado del 20 %.</p>	<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  20 % del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.  20 % del costo para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.  20 % del costo para radiografías cubiertas por Medicare.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.  Si el médico le proporciona servicios además de las pruebas, los procedimientos y los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido separado de \$ 25 a \$ 50.  Si el médico le proporciona servicios además de los servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido separado de \$ 25 a \$ 50.</p>	<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  20 % del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.  20 % del costo para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.  20 % del costo para radiografías cubiertas por Medicare.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.  Si el médico le proporciona servicios además de las pruebas, los procedimientos y los servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido separado de \$ 35 a \$ 50.  Si el médico le proporciona servicios además de los servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico para pacientes ambulatorios, se puede aplicar un costo compartido de \$ 35 a \$ 50 .</p>

Beneficios	Medicare Original
<p><b>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b> (continuación)</p>	
<p><b>22. Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b></p>	<p>Coseguro del 20 % para servicios de rehabilitación cardíaca.  Coseguro del 20 % para servicios de rehabilitación pulmonar.  Coseguro del 20 % para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.  Esto se aplica a los servicios del programa proporcionados en un consultorio médico.  Costo compartido específico para los servicios del programa proporcionados por departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Fuera de la red</b>  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica.  20 % del costo para radiografías para pacientes ambulatorios.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico.  20 % del costo para servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico.</p>	<p><b>Fuera de la red</b>  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica.  20 % del costo para radiografías para pacientes ambulatorios.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico.  20 % del costo para servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico.</p>	<p><b>Fuera de la red</b>  20 % del costo para servicios de radiología terapéutica.  20 % del costo para radiografías para pacientes ambulatorios.  20 % del costo para servicios de radiología de diagnóstico.  20 % del costo para servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico.</p>
<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  20 % del costo para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.  20 % del costo para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.  20 % del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la red</b>  20 % del costo para servicios de rehabilitación cardíaca.  20 % del costo para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.  20 % del costo para servicios de rehabilitación pulmonar.</p>	<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación pulmonar.</p>	<p><b>General</b>  Pueden aplicarse las reglas de autorización.  <b>Dentro de la red</b>  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la red</b>  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.  Copago de \$ 50 para servicios de rehabilitación pulmonar.</p>

**Beneficios****Medicare Original****SERVICIOS PREVENTIVOS****23. Servicios preventivos y programas de bienestar/educación**

Sin coseguro, copagos ni deducibles para lo siguiente:

- Examen de aneurisma aórtico abdominal.
- Examen de densitometría ósea. Este beneficio está cubierto una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es necesario por razones médicas) si reúne ciertas condiciones médicas.
- Examen de control cardiovascular.
- Exámenes de control de cáncer vaginal y de cuello del útero. Están cubiertos una vez cada 2 años. Están cubiertos una vez al año para mujeres con alto riesgo que tienen Medicare.
- Examen de control del cáncer colorrectal.
- Examen de control de diabetes.
- Vacuna contra la influenza.
- Vacuna contra la hepatitis B para las personas en riesgo que tienen Medicare.
- Examen de control del VIH. Copago de \$ 0 para el control del VIH; sin embargo, por lo general paga el 20 % de los importes aprobados por Medicare para la visita médica. Los controles del VIH están cubiertos para las personas que tienen Medicare con un riesgo alto de contraer infecciones y para las pacientes que estén embarazadas, incluida cualquier persona que solicite este examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.
- Examen de control del cáncer de mama (mamografía). Medicare cubra las mamografías una vez cada 12 meses para todas las mujeres que tienen Medicare mayores de 40 años de edad. Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años de edad.
- Servicios de tratamiento médico nutricional. El tratamiento nutricional es para personas que padecen diabetes o enfermedades renales (pero que no están en tratamiento de diálisis o que no se han sometido a un trasplante de riñón) cuando el médico lo indique. Estos servicios pueden ser ofrecidos por un dietista registrado y pueden incluir asesoramiento y una evaluación nutricional para ayudar a controlar la diabetes o las enfermedades renales.
- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de bienestar anual).
- Vacuna antineumocócica. Es posible que solo necesite la vacuna contra la neumonía una vez en su vida. Llame a su médico para obtener más información.

**Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)****Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)****Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)****General**

Copago de \$ 0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:

- Examen de aneurisma aórtico abdominal.
- Examen de densitometría ósea.
- Examen de control cardiovascular.
- Examen de control de cáncer vaginal y de cuello del útero (examen de Papanicolaou y examen pélvico).
- Control del cáncer colorrectal.
- Examen de control de diabetes.
- Vacuna contra la influenza.
- Vacuna contra la hepatitis B.
- Examen de control del VIH.
- Examen de control del cáncer de mama (mamografía).
- Servicios de tratamiento médico nutricional.
- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de bienestar anuales).
- Vacuna antineumocócica.
- Exámenes de control de cáncer de próstata (solo la prueba de antígenos específicos de la próstata [PSA]).
- Tratamiento para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).
- Examen físico Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial).

Los controles del VIH están cubiertos para las personas que tienen Medicare con un riesgo alto de contraer infecciones y para las pacientes que estén embarazadas, incluida cualquier persona que solicite este examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Comuníquese con los proveedores del plan para obtener más detalles.

**General**

Copago de \$ 0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:

- Examen de aneurisma aórtico abdominal.
- Examen de densitometría ósea.
- Examen de control cardiovascular.
- Examen de control de cáncer vaginal y de cuello del útero (examen de Papanicolaou y examen pélvico).
- Control del cáncer colorrectal.
- Examen de control de diabetes.
- Vacuna contra la influenza.
- Vacuna contra la hepatitis B.
- Examen de control del VIH.
- Examen de control del cáncer de mama (mamografía).
- Servicios de tratamiento médico nutricional.
- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de bienestar anuales).
- Vacuna antineumocócica.
- Exámenes de control de cáncer de próstata (solo la prueba de antígenos específicos de la próstata [PSA]).
- Tratamiento para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).
- Examen físico Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial).

Los controles del VIH están cubiertos para las personas que tienen Medicare con un riesgo alto de contraer infecciones y para las pacientes que estén embarazadas, incluida cualquier persona que solicite este examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Comuníquese con los proveedores del plan para obtener más detalles.

**General**

Copago de \$ 0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido:

- Examen de aneurisma aórtico abdominal.
- Examen de densitometría ósea.
- Examen de control cardiovascular.
- Examen de control de cáncer vaginal y de cuello del útero (examen de Papanicolaou y examen pélvico).
- Control del cáncer colorrectal.
- Examen de control de diabetes.
- Vacuna contra la influenza.
- Vacuna contra la hepatitis B.
- Examen de control del VIH.
- Examen de control del cáncer de mama (mamografía).
- Servicios de tratamiento médico nutricional.
- Servicios de plan de prevención personalizado (visitas de bienestar anuales).
- Vacuna antineumocócica.
- Exámenes de control de cáncer de próstata (solo la prueba de antígenos específicos de la próstata [PSA]).
- Tratamiento para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar).
- Examen físico Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial).

Los controles del VIH están cubiertos para las personas que tienen Medicare con un riesgo alto de contraer infecciones y para las pacientes que estén embarazadas, incluida cualquier persona que solicite este examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Comuníquese con los proveedores del plan para obtener más detalles.

Beneficios	Medicare Original
<p><b>23. Servicios preventivos y programas de bienestar/educación</b> (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámenes de control de cáncer de próstata; solo la prueba de antígenos específicos de la próstata (PSA). Este beneficio está cubierto una vez al año para todos los hombres que tienen Medicare mayores de 50 años de edad.</li> <li>- Tratamiento para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). Está cubierto si fue indicado por su médico. Incluye dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro sesiones personales.</li> <li>- Examen físico Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando se afilie a la Parte B de Medicare, usted reunirá los siguientes requisitos. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede someterse a un examen físico Bienvenido a Medicare o realizar una visita de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual cada 12 meses.</li> </ul>
<p><b>24. Enfermedades y afecciones renales</b></p>	<p>Coseguro del 20 % para diálisis renal. Coseguro del 20 % para servicios de educación de enfermedad renal.</p>
<p><b>25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>La mayoría de los medicamentos no tienen cobertura de Medicare Original. Si se afilia al plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, puede agregar una cobertura para medicamentos de venta con receta a Medicare Original. Por otro lado, si se afilia a un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrezcan cobertura para medicamentos de venta con receta, puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluso la cobertura para medicamentos de venta con receta.</p>

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material escrito sobre educación para la salud, incluidos los boletines informativos.</li> <li>- Tratamiento adicional para dejar de fumar.</li> <li>- Línea directa de enfermería.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios preventivos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 0 para programas complementarios de educación/bienestar.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material escrito sobre educación para la salud, incluidos los boletines informativos.</li> <li>- Tratamiento adicional para dejar de fumar.</li> <li>- Línea directa de enfermería.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios preventivos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 0 para programas complementarios de educación/bienestar.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material escrito sobre educación para la salud, incluidos los boletines informativos.</li> <li>- Tratamiento adicional para dejar de fumar.</li> <li>- Línea directa de enfermería.</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios preventivos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 0 para programas complementarios de educación/bienestar.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para diálisis renal. Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal. 20 % del costo para diálisis renal.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para diálisis renal. Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal. 20 % del costo para diálisis renal.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para diálisis renal. Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para servicios de educación de enfermedad renal. 20 % del costo para diálisis renal.</p>
<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.</b></p> <p><b>General</b> 20 % del costo para medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B. 20 % del costo para medicamentos cubiertos por la Parte B fuera de la red.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.</b></p> <p><b>General</b> 20 % del costo para medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B. 20 % del costo para medicamentos cubiertos por la Parte B fuera de la red.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.</b></p> <p><b>General</b> 20 % del costo para medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B. 20 % del costo para medicamentos cubiertos por la Parte B fuera de la red.</p>

Beneficios	Medicare Original
<p><b>25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios</b> (continuación)</p>	

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.</b> <b>General</b> Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede consultar el formulario en <a href="http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx">http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx</a> en Internet. Se pueden aplicar otros costos de desembolso para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en instituciones de cuidado a largo plazo,</li> </ul> <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen acceso a proveedores de salud indígenas/tribales/urbanos (servicio de salud indígena).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional para medicamentos de venta con receta dentro de la red (es decir, esto incluye los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia de la red fuera de la zona de servicios del plan (por ejemplo, cuando viaja). Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos abonados por usted y por la Parte D del plan. El plan puede exigirle que usted pruebe primero un medicamento para tratar su trastorno antes de cubrir otro medicamento que trate ese trastorno. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener autorización previa de Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP) para algunos medicamentos. Para una cantidad muy limitada de medicamentos, debe acudir a determinadas farmacias, ya que estos requieren un trato especial, coordinación del proveedor o</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.</b> <b>General</b> Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede consultar el formulario en <a href="http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx">http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx</a> en Internet. Se pueden aplicar otros costos de desembolso para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en instituciones de cuidado a largo plazo,</li> </ul> <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen acceso a proveedores de salud indígenas/tribales/urbanos (servicio de salud indígena).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional para medicamentos de venta con receta dentro de la red (es decir, esto incluye los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia de la red fuera de la zona de servicios del plan (por ejemplo, cuando viaja). Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos abonados por usted y por la Parte D del plan. El plan puede exigirle que usted pruebe primero un medicamento para tratar su trastorno antes de cubrir otro medicamento que trate ese trastorno. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener autorización previa de Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP) para algunos medicamentos. Para una cantidad muy limitada de medicamentos, debe acudir a determinadas farmacias, ya que estos requieren un trato especial, coordinación del proveedor o</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.</b> <b>General</b> Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede consultar el formulario en <a href="http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx">http://www.careimprovementplus.com/members/formulary--medicare-drug-plan-coverage.aspx</a> en Internet. Se pueden aplicar otros costos de desembolso para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en instituciones de cuidado a largo plazo,</li> </ul> <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen acceso a proveedores de salud indígenas/tribales/urbanos (servicio de salud indígena).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional para medicamentos de venta con receta dentro de la red (es decir, esto incluye los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos de venta con receta si los compra en una farmacia de la red fuera de la zona de servicios del plan (por ejemplo, cuando viaja). Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos abonados por usted y por la Parte D del plan. El plan puede exigirle que usted pruebe primero un medicamento para tratar su trastorno antes de cubrir otro medicamento que trate ese trastorno. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener autorización previa de Care Improvement Plus de Medicare Advantage (PPO) para algunos medicamentos. Para una cantidad muy limitada de medicamentos, debe acudir a determinadas farmacias, ya que estos requieren un trato especial,</p>

**Beneficios****Medicare Original****25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios**  
(continuación)**Care Improvement Plus  
Silver Rx  
(PPO SNP)**

educación del paciente que no pueden recibir en la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos figuran en el sitio de Internet del plan, en el formulario, en los materiales impresos del plan y también aparecen en el Buscador del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.

Si el costo real del medicamento es menor que el monto del costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el monto más elevado del costo compartido.

Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP) aprueba la excepción, usted pagará el nivel 3: Costo compartido del medicamento de marca no preferido.

**Dentro de la red**

Deducible anual de \$ 215.

**Cobertura inicial**

Después de pagar su deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930:

**Farmacia minorista**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 30 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 135 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Gold Rx  
(PPO SNP)**

educación del paciente que no pueden recibir en la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos figuran en el sitio de Internet del plan, en el formulario, en los materiales impresos del plan y también aparecen en el Buscador del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.

Si el costo real del medicamento es menor que el monto del costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el monto más elevado del costo compartido.

Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP) aprueba la excepción, usted pagará el nivel 3: Costo compartido del medicamento de marca no preferido.

**Dentro de la red**

Deducible de \$ 0.

**Cobertura inicial**

Paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930:

**Farmacia minorista**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 8 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 24 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 135 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Medicare Advantage  
(PPO)**

coordinación del proveedor o educación del paciente que no pueden recibir en la mayoría de las farmacias de la red. Estos medicamentos figuran en el sitio de Internet del plan, en el formulario, en los materiales impresos del plan y también aparecen en el Buscador del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare en Medicare.gov.

Si el costo real del medicamento es menor que el monto del costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el monto más elevado del costo compartido.

Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y Care Improvement Plus de Medicare Advantage (PPO) aprueba la excepción, usted pagará el nivel 3: Costo compartido del medicamento de marca no preferido.

**Dentro de la red**

Deducible de \$ 0.

**Cobertura inicial**

Paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930:

**Farmacia minorista**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 30 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 43 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 129 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Beneficios****Medicare Original****25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios**  
(continuación)**Care Improvement Plus  
Silver Rx  
(PPO SNP)**

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 285 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 27 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Coseguro del 27 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Farmacias de tratamiento de larga duración**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 27 % para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

**Envío por correo**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 25 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Gold Rx  
(PPO SNP)**

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 285 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Coseguro del 33 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Farmacias de tratamiento de larga duración**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 8 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

**Envío por correo**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 8 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 20 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Medicare Advantage  
(PPO)**

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 285 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Coseguro del 33 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

**Farmacias de tratamiento de larga duración**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 43 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades

- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel

**Envío por correo**

Nivel 1: Medicamentos genéricos

- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Copago de \$ 25 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- Copago de \$ 43 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

Beneficios	Medicare Original
<p><b>25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios</b> (continuación)</p>	

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p>- Copago de \$ 112.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <p>- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Copago de \$ 237.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades</p> <p>- Coseguro del 27 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Coseguro del 27 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p><b>Intervalo en la cobertura</b> Después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 86 % de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves</b> Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcanzan los \$ 4,700, usted paga el monto mayor entre:</p> <p>- coseguro del 5 % o</p>	<p>- Copago de \$ 112.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <p>- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Copago de \$ 237.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades</p> <p>- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Coseguro del 33 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p><b>Intervalo en la cobertura</b> Después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 86 % de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p><b>Intervalo en la cobertura adicional</b> Después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 86 % de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves</b>-coseguro del 5 % o</p> <p>- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.</p>	<p>- Copago de \$ 107.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos</p> <p>- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Copago de \$ 237.50 para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades</p> <p>- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p> <p>- Coseguro del 33 % para un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</p> <p><b>Intervalo en la cobertura</b> Después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 86 % de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p><b>Intervalo en la cobertura adicional</b> Después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$ 2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga solo el 86 % de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves</b>-coseguro del 5 % o</p> <p>- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.</p>

**Beneficios**

**Medicare Original**

**25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios**  
(continuación)

**Care Improvement Plus  
Silver Rx  
(PPO SNP)**

- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.

**Fuera de la red**

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad mientras viaja fuera de la zona de servicios del plan, donde no hay una farmacia de la red. Es posible que deba pagar más que el monto del costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el costo total de la farmacia por el medicamento y enviar documentación para recibir un reembolso de Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP).

**Cobertura inicial fuera de la red**

Después de que pague su deducible anual, le reembolsaremos hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que los costos anuales totales por los medicamentos alcancen los \$ 2,930:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos
- Copago de \$ 10 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos
- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos
- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades
- Coseguro del 27 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Gold Rx  
(PPO SNP)**

**Fuera de la red**

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad mientras viaja fuera de la zona de servicios del plan, donde no hay una farmacia de la red. Es posible que deba pagar más que el monto del costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el costo total de la farmacia por el medicamento y enviar documentación para recibir un reembolso de Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP).

**Cobertura inicial fuera de la red**

Le reembolsaremos hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que los costos anuales totales por los medicamentos alcancen los \$ 2,930:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos
- Copago de \$ 8 para un suministro de tres meses (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos
- Copago de \$ 45 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos
- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades
- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

**Care Improvement Plus  
Medicare Advantage  
(PPO)**

**Fuera de la red**

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad mientras viaja fuera de la zona de servicios del plan, donde no hay una farmacia de la red. Es posible que deba pagar más que el monto del costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el costo total de la farmacia por el medicamento y enviar documentación para recibir un reembolso de Care Improvement Plus de Medicare Advantage (PPO).

**Cobertura inicial fuera de la red**

Le reembolsaremos hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que los costos anuales totales por los medicamentos alcancen los \$ 2,930:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos
- Copago de \$ 10 para un suministro de tres meses (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos
- Copago de \$ 43 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos
- Copago de \$ 95 para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel
- Nivel 4: Medicamentos del nivel de especialidades
- Coseguro del 33 % para un suministro de un mes (30 días) de medicamentos en este nivel

Beneficios	Medicare Original
<p><b>25. Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios</b> (continuación)</p>	

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Intervalo en la cobertura adicional fuera de la red</b> Le reembolsaremos hasta el 14 % del costo permitido del plan por medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p>Le reembolsaremos hasta el precio con descuento por medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen \$ 4,700.</p> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves fuera de la red</b> Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700, le reembolsaremos los medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo del plan del medicamento menos su costo compartido, lo que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coseguro del 5 % o</li> <li>- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Intervalo en la cobertura adicional fuera de la red</b> Le reembolsaremos hasta el 14 % del costo permitido del plan por medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p>Le reembolsaremos hasta el precio con descuento por medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen \$ 4,700.</p> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves fuera de la red</b> Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700, le reembolsaremos los medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo del plan del medicamento menos su costo compartido, lo que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coseguro del 5 % o</li> <li>- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Intervalo en la cobertura adicional fuera de la red</b> Le reembolsaremos hasta el 14 % del costo permitido del plan por medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700.</p> <p>Le reembolsaremos hasta el precio con descuento por medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen \$ 4,700.</p> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Cobertura para enfermedades graves fuera de la red</b> Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen los \$ 4,700, le reembolsaremos los medicamentos adquiridos fuera de la red hasta el costo del plan del medicamento menos su costo compartido, lo que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coseguro del 5 % o</li> <li>- copago de \$ 2.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y copago de \$ 6.50 por todos los demás medicamentos.</li> </ul> <p>No recibirá un reembolso por la diferencia entre el costo de farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>

Beneficios	Medicare Original
26. Servicios odontológicos	Los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas) no tienen cobertura.
27. Servicios de cuidado de la audición	Los exámenes complementarios de audición de rutina y los audífonos no tienen cobertura. Coseguro del 20 % para exámenes diagnósticos de audición.
28. Servicios de cuidado de la visión	Coseguro del 20 % para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos de la visión. Los exámenes complementarios de la vista de rutina y los anteojos no tienen cobertura. Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Controles anuales de glaucoma cubiertos para personas en riesgo.

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<p><b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20 % del costo para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 15 por una visita al consultorio que incluya: - hasta 1 examen bucal por año; - hasta 1 limpieza por año; - hasta 1 radiografía odontológica por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 15 para beneficios odontológicos preventivos. 20 % del costo para beneficios odontológicos integrales.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Comuníquese con el plan para conocer la disponibilidad de los beneficios odontológicos integrales adicionales dentro y fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 10 por una visita al consultorio que incluya: - hasta 1 examen bucal por año; - hasta 1 limpieza por año; - hasta 1 radiografía odontológica por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 10 para beneficios odontológicos preventivos. Copago de \$ 0 a \$ 10 para beneficios odontológicos integrales.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Comuníquese con el plan para conocer la disponibilidad de los beneficios odontológicos integrales adicionales dentro y fuera de la red.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. Copago de \$ 10 por una visita al consultorio que incluya: - hasta 1 examen bucal por año; - hasta 1 limpieza por año; - hasta 1 radiografía odontológica por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para beneficios odontológicos integrales. Copago de \$ 10 para beneficios odontológicos preventivos.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b> Comuníquese con el plan para conocer la disponibilidad de los beneficios odontológicos integrales adicionales dentro y fuera de la red.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> En general, los exámenes complementarios de audición de rutina y los audífonos no tienen cobertura. - 20 % del costo para exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para exámenes de audición.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los exámenes complementarios de audición de rutina y los audífonos no tienen cobertura. - Copago de \$ 50 para exámenes diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 50 para exámenes de la audición.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los exámenes complementarios de audición de rutina y los audífonos no tienen cobertura. - Copago de \$ 50 para exámenes diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 50 para exámenes de la audición.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> - 20 % del costo para un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. - 20 % del costo para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos de la visión. - 0 % del costo para hasta 1 examen complementario de la vista de rutina cada año. - 0 % del costo para anteojos. - 0 % del costo para lentes de contacto.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> - Copago de \$ 50 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. - Copago de \$ 50 para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos de la visión. - Copago de \$ 10 para hasta 1 examen complementario de la vista de rutina cada año. - Copago de \$ 0 para anteojos. - Copago de \$ 0 para lentes de contacto.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> - Copago de \$ 50 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. - Copago de \$ 50 para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos de la visión. - Copago de \$ 10 para hasta 1 examen complementario de la vista de rutina cada año. - Copago de \$ 0 para anteojos. - Copago de \$ 0 para lentes de contacto.</p>

Beneficios	Medicare Original
<b>28. Servicios de cuidado de la visión</b> <i>(continuación)</i>	
<b>Artículos de venta libre</b>	Sin cobertura.
<b>Transporte</b> (Rutina)	Sin cobertura.
<b>Acupuntura</b>	Sin cobertura.

Care Improvement Plus Silver Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Gold Rx (PPO SNP)	Care Improvement Plus Medicare Advantage (PPO)
<b>Fuera de la red</b> Del 0 % al 20 % del costo para anteojos. 20 % del costo para exámenes de la vista. <b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de cobertura del plan de \$ 200 por año para anteojos. Este límite se aplica a los beneficios dentro y fuera de la red.	<b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 a \$ 50 para anteojos. Copago de \$ 10 a \$ 50 para exámenes de la vista. <b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de cobertura del plan de \$ 150 por año para anteojos. Este límite se aplica a los beneficios dentro y fuera de la red.	<b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 a \$ 50 para anteojos. Copago de \$ 10 a \$ 50 para exámenes de la vista. <b>Dentro y fuera de la red</b> Límite de cobertura del plan de \$ 150 por año para anteojos. Este límite se aplica a los beneficios dentro y fuera de la red.
<b>General</b> Visite el sitio de Internet de nuestro plan para ver nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos. Los artículos de venta libre (OTC) solo pueden ser comprados para la persona inscrita. Comuníquese con el plan para obtener instrucciones específicas para usar este beneficio.	<b>General</b> El plan no cubre artículos de venta libre.	<b>General</b> El plan no cubre artículos de venta libre.
<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para hasta 24 viajes de ida o vuelta hacia los lugares autorizados por el plan por año. <b>Fuera de la red</b> 20 % del costo para transporte.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para hasta 12 viajes de ida o vuelta hacia los lugares autorizados por el plan por año. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para transporte.	<b>General</b> Pueden aplicarse las reglas de autorización. <b>Dentro de la red</b> Copago de \$ 0 para hasta 12 viajes de ida o vuelta hacia los lugares autorizados por el plan por año. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$ 0 para transporte.
<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre los servicios de acupuntura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre los servicios de acupuntura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre los servicios de acupuntura.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



# CARE IMPROVEMENT PLUS

---

*Atención especializada para los beneficiarios de Medicare*

351 W. Camden Street, Suite 100  
Baltimore, MD 21201

Para obtener más información acerca de los beneficios de Care Improvement Plus, llame a:

Miembros actuales

Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.  
1-800-204-1002 (TTY: 1-800-713-1603)

Posibles miembros

Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.  
1-800-711-1656 (TTY: 1-800-713-1603)

Visítenos en Internet en [www.careimprovementplus.com](http://www.careimprovementplus.com)