

Plan Abrazo Advantage Plus (HMO)

Resumen de beneficios 2010

1° de enero 2010 a
31 de diciembre 2010



7878 N. 16th Street, Suite 105
Phoenix, AZ 85020

Servicios para Afiliados:
Los 7 días de la semana, de 08:00 a.m. a 8:00 p.m.
602-824-3900 ó 1-888-864-1114.

Ayuda a usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) : 602-824-3909 ó 800-489-1472. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o comuníquese al 800-842-4681 para acceder al Servicio de Retransmisiones de Arizona después del horario de atención, los fines de semana o los días feriados.

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

de ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)

1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010

PARTE I

Agradecemos su interés en Abrazo Advantage Plus (HMO). Nuestro plan es ofrecido por ABRAZO ADVANTAGE HEALTH PLAN, un Plan para Necesidades Especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) Medicare Advantage. Este plan está diseñado para personas que reúnen los criterios específicos de afiliación.

Posiblemente reúna los requisitos para incorporarse a este plan si recibe asistencia del estado y Medicare. Toda distribución de costos en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Llame a Abrazo Advantage Plus (HMO) para averiguar si reúne los requisitos para participar. Nuestro número aparece al final de esta presentación.

Este Resumen de Beneficios le informa sobre algunas características de nuestro plan. No menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a Abrazo Advantage Plus (HMO) y pida la “Evidencia de Cobertura”.

USTED TIENE OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre distintas opciones de Medicare. Una opción es el Plan Original (“pago por servicio”) de Medicare. Otra opción es un plan de salud de Medicare, como Abrazo

Advantage Plus (HMO). Puede que también tenga otras opciones. La decisión es suya. Independientemente de lo que decida, aún está en el programa Medicare. Si califica tanto para Medicare como para Medicaid (elegibilidad doble), podrá ingresar o abandonar un plan en cualquier momento.

Llame a Abrazo Advantage Plus (HMO), al número que aparece al final de esta presentación, o al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede comunicarse a este número las 24 horas del día, los siete días de la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Puede comparar Abrazo Advantage Plus (HMO) y el Plan Original de Medicare utilizando este Resumen de Beneficios. Las tablas de este folleto mencionan algunos beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el Plan Original de Medicare. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Original de Medicare. También ofrecemos más beneficios, que podrían cambiar de un año a otro.

¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)?

El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados: condados de Maricopa y Pinal, AZ. Es preciso que viva en una de estas áreas para integrarse al plan.

¿QUIÉNES CALIFICAN PARA INTEGRARSE A ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)?

Puede integrarse Abrazo Advantage Plus (HMO) si tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con Enfermedad renal en etapa terminal por lo general no califican para inscribirse en Abrazo Advantage Plus (HMO), salvo que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde el comienzo de su diálisis.

También puede recibir asistencia de parte del estado para integrarse a este plan.

Llame al plan para ver si reúne los requisitos necesarios para integrarse.

¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

Abrazo Advantage Plus (HMO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede consultar a médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de atención médica de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un Directorio de proveedores vigente o, para

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

de ABRAZO ADVANTAGE (HMO)

1º de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010

conseguir una lista actualizada, ingrese en www.abrazoadvantage.com/find_a_doctor.asp. Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta presentación.

¿QUÉ PASA SI CONSULTO A UN MÉDICO QUE NO PERTENECE A SU RED?

Si opta por consultar a un médico que no pertenezca a nuestra red, deberá pagar usted mismo estos servicios. Ni Abrazo Advantage Health Plus (HMO) ni el Plan Original de Medicare pagarán estos servicios.

¿MI PLAN CUBRE MEDICAMENTOS DE LAS PARTES B O D DE MEDICARE?

Abrazo Advantage Plus (HMO) cubre los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS RECETAS SI ME INTEGRO A ESTE PLAN?

Abrazo Advantage Plus (HMO) ha formado una red de farmacias. Debe usar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Puede que no paguemos sus recetas si usa una farmacia fuera de la red, excepto en determinados casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un Directorio de farmacias o visitarnos en AbrazoAdvantage.com. Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta presentación.

¿QUÉ ES UNA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Abrazo Advantage Plus (HMO) usa una lista de medicamentos. Esta es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Es posible que periódicamente agreguemos, eliminemos o modifiquemos las limitaciones de cobertura para determinados medicamentos o cambiemos el monto que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio a la lista de medicamentos que limite la capacidad de nuestros miembros de obtener sus medicamentos recetados, lo informaremos a los afiliados afectados antes de realizar el cambio. Le enviaremos una lista de medicamentos y podrá ver nuestra lista de medicamentos completa en nuestro sitio de Internet AbrazoAdvantage.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos ni sujeto a requisitos o límites adicionales, quizá pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo incluido en nuestra lista, con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON MIS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Usted puede tener la posibilidad de obtener ayuda adicional para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para saber si usted califica para obtener ayuda adicional, llame al:

- * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- * Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213 de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 1-800-325-0778 ó
- * La Oficina de Medicaid de Su Estado.

¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes de Medicare Advantage aceptan permanecer en el programa durante un año entero por vez. Cada año, los planes deciden si continuarán un año más. Aunque un plan de Medicare Advantage abandone el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, debe enviarle una carta al menos 60 días antes del término de su cobertura. La carta

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

de ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)

1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010

explicará sus opciones de cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de Abrazo Advantage Plus (HMO), tiene derecho a solicitar una determinación de organización, lo que incluye el derecho a presentar una apelación si le negáramos cobertura para un artículo o servicio y el derecho a presentar una queja. Tiene derecho a solicitar una determinación de organización si desea que proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que usted considera debería estar cubierto. Si negamos la cobertura de su artículo o servicio solicitado, tiene derecho a apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Usted puede solicitarnos una determinación de cobertura expedita (rápida) o apelar si usted cree que esperar hasta la decisión podría poner su vida o salud en un riesgo serio o afectar su capacidad de reestablecer su máximo grado de funcionamiento. Si su médico realiza o apoya la solicitud expedita, nosotros estamos obligados a decidir en forma rápida. Finalmente, tiene derecho a presentarnos una queja formal si tiene algún tipo de problema con nosotros o con un proveedor de nuestra red que no se relaciona con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema se relaciona a calidad de atención, también tiene derecho a presentar una queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) de su estado, el Grupo Asesor de Servicios de Salud (HSAG), 1-800-359-9909.

Como miembro de Abrazo Advantage Plus (HMO), tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, lo que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho

a presentar una apelación si le negáramos cobertura para un medicamento recetado 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 debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Podrá solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debería obtener un medicamento no preferido a un bajo costo pagado en efectivo. También puede pedir una excepción a las normas de utilización de costos, tal como un límite de la cantidad de medicamento. Si cree necesitar una excepción, debe ponerse en contacto con nosotros antes de intentar obtener su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionarnos una declaración donde apoye su solicitud de una excepción. Si negamos la cobertura de su medicamento o medicamentos recetados, tiene derecho a apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Finalmente, tiene derecho a presentar una queja si tiene algún tipo de problema con nosotros o una de las farmacias de nuestra red que no se relaciona con la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema se relaciona a calidad de atención, también tiene derecho a presentar una queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) de su estado, el Grupo Asesor de Servicios de Salud (HSAG), 1-800-359-9909.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA CON MEDICAMENTOS?

Un programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratuito que podremos ofrecer. Puede que sea invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades médicas y farmacéuticas específicas. Podrá optar por no participar, pero se recomienda que aproveche plenamente todas las ventajas de este servicio cubierto si fuera seleccionado. Por más detalles, póngase en contacto con Abrazo Advantage Plus (HMO).

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PODRÍAN ESTAR CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos podrían incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Por más detalles, póngase en contacto con Abrazo Advantage Plus (HMO).

- Algunos antígenos: si fueran preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis, para determinadas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoietina Alfa o Epogen®):

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

de ABRAZO ADVANTAGE (HMO)

1º de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010

inyectable, si padece enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.

- Factores de coagulación en casos de hemofilia: factores de coagulación autoadministrados si tiene hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos administrados inherentes a un servicio médico.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados si el trasplante hubiera sido pagado por Medicare, hubiera sido pagado por un seguro privado que pagó como pagador principal de su cobertura de Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales para el cáncer: si el mismo medicamento estuviera disponible en formato inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: si está recibiendo un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión proporcionados a través de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).

CALIFICACIONES DE LOS PLANES

El programa Medicare califica el desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificaciones de los pacientes y servicio al cliente). Si usted tiene acceso a Internet,

puede utilizar las herramientas en línea que encontrará en www.medicare.gov y seleccionar "Comparar Planes de Medicamentos Recetados de Medicare" o "Comparar Planes de Salud y Políticas de Medigap en Su Área" para comparar la calificación de los planes para los planes de Medicare en su área. También se puede comunicar con nosotros en forma directa al (602) 824-3900 ó al (888) 864-1114 si se encuentra fuera del Condado de Maricopa para obtener una copia de la calificación de plan otorgada a este plan. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al (602) 824-3909 ó al (800) 489-1472 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o comunicarse al (800) 842-4681 para acceder al Sistema de Retransmisiones de Arizona después del horario de atención, los fines de semana o los días feriados.

Llame a Abrazo Advantage Health Plan para obtener más información sobre Abrazo Advantage Plus (HMO).

Visítenos en AbrazoAdvantage.com o llámenos:

HORARIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábados, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora de la montaña.

Los afiliados actuales y potenciales deben llamar al número de llamada gratuita (888) 864-1114 para hacer preguntas relacionadas

con Medicare Advantage Program y/o el Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al (800) 489-1472.

Los afiliados actuales y potenciales deben llamar, en forma local, al (602) 824-3900 para hacer preguntas relacionadas con Medicare Advantage Program y/o el programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al (602) 824-3909.

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

Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede comunicarse a este número las 24 horas del día, los siete días de la semana.

O visite www.medicare.gov en Internet.

Si tiene necesidades especiales, es posible que este documento esté disponible en otros formatos.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
PARTE II – INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Prima y demás información importante	<p>El monto de distribución de costos de Medicare puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>La mayoría de los beneficiarios de Medicare continuarán pagando en 2010 el mismo monto de prima de \$0 o \$96.40 por la Parte B y el monto deducible anual es de \$0 o \$155.</p> <p>Si un médico o un proveedor no aceptaran cesiones, sus costos suelen ser más altos, lo cual quiere decir que usted pagará más.</p>	<p>General \$24.80 de prima mensual del plan además de su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>*Toda distribución de costos en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Dentro de la red En 2010 el monto deducible anual de la Parte B es de \$0 o \$155. *Póngase en contacto con el plan para saber qué servicios aplican.</p>
2. Elección de médico y hospital (Por más información, vea Emergencia, N° 15, y Atención de urgencia, N° 16.)	<p>Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Para especialistas de la red, se necesita derivación (en el caso de determinados beneficios).</p>
ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS		
3. Atención en hospital a pacientes internados (incluye Servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)	<p>En 2010, los montos por cada período de beneficios son:</p> <p>\$0 ó: Días 1 a 60: \$1,100 deducible*</p> <p>Días 61 a 90: \$275 por día*</p> <p>Días 91 a 150: \$550 por día de reserva en toda la vida*</p>	<p>Dentro de la red En 2010, los montos por cada período de beneficios son:</p> <p>\$0 o:</p> <p>Días 1 a 60: \$1,100 deducible*</p> <p>Días 61 a 90: \$275 por día*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>3. Atención en hospital a pacientes internados (incluye Servicios de abuso de sustancias y rehabilitación) (continuado...)</p>	<p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva en toda la vida.</p> <p>Los días de reserva en toda la vida sólo se pueden usar una vez.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Termina cuando permanece durante 60 días de corrido sin recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.</p>	<p>Días 91 a 150: \$550 por día de reserva en toda la vida*</p> <p>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>El plan cubre 90 días en cada período de beneficios.</p> <p>Salvo en caso de emergencia, su médico deberá informar al plan que usted va a ser ingresado al hospital.</p>
<p>4. Atención de salud mental como paciente internado</p>	<p>Mismo deducible y copago que en caso de atención a pacientes internados (vea "Atención en hospital a pacientes internados", más arriba).</p> <p>190 días de límite en toda la vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Mismo deducible y copago que en caso de atención a pacientes internados (vea "Atención en hospital a pacientes internados").</p> <p>Recibirá hasta 190 días de hospitalización psiquiátrica en su vida.</p> <p>Salvo en caso de emergencia, su médico deberá informar al plan que usted va a ser ingresado al hospital.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>5. Centro de enfermería especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2010 los montos para cada período de beneficios luego de una estadía en hospital cubierta de al menos 3 días son: Días 1 a 20: \$0 por día* Días 21 a 100: \$0 o \$ 137.50 por día*</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa en un hospital o en un SNF. Termina cuando permanece durante 60 días de corrido sin recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red En 2010 los montos para cada período de beneficios luego de una estadía en hospital cubierta de al menos 3 días son:</p> <p>\$0 ó: Días 1 a 20: \$0 por día* Días 21 a 100: \$137.50 por día*</p> <p>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios.</p> <p>Se necesitan 3 días de hospitalización previos.</p>
<p>6. Atención médica a domicilio (incluye atención de enfermería especializada necesaria, en forma intermitente, desde el punto de vista médico, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago para visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicaid.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>7. Cuidados Paliativos</p>	<p>Usted paga parte del costo de medicamentos para pacientes ambulatorios, y quizá pague parte del costo de la atención de relevo para pacientes internados.</p> <p>Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>
<p>ATENCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS</p>		
<p>8. Visitas a consultorio médico</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p>	<p>General</p> <p>Vea "Exámenes físicos" para obtener más información.</p> <p>Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>0% o 20% del costo de cada consulta al médico de cabecera para beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo por cada consulta, dentro del área y de la red, de atención urgente cubierta por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de cada consulta al especialista por beneficios cubiertos por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
9. Servicios quiroprácticos	<p>Atención de rutina no cubierta</p> <p>0 o 20% de coseguro para manipulación manual de columna para corrección de subluxación (descolocación o alineación incorrecta de una articulación o parte del cuerpo) si es proporcionada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare.*</p> <p>Hasta 12 consultas de rutina por año.</p> <p>Las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare son para manipulación manual de columna para corrección de subluxación (descolocación o alineación incorrecta de una articulación o parte del cuerpo) si es proporcionada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
10. Servicios de podología	<p>Atención de rutina no cubierta.</p> <p>0% o 20% de coseguro para atención podológica necesaria desde el punto de vista médico, incluyendo atención de trastornos médicos que afecten los miembros inferiores.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de cada consulta cubierta por Medicare.*</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para atención podológica necesaria desde el punto de vista médico.</p>
11. Atención de salud mental como paciente ambulatorio	<p>0% o 45% de coseguro para la mayoría de servicios de salud mental a pacientes ambulatorios.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 45% del costo de cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
11. Atención de salud mental como paciente ambulatorio <i>(continuado...)</i>		0% o 20% del costo de cada consulta de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.*
12. Atención por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	0% o 20% de coseguro	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de consultas individuales o grupales cubiertas por Medicare.*</p>
13. Servicios o cirugía ambulatorios	0% o 20% de coseguro para el médico 0% o 20% de costos del centro ambulatorio	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de cada consulta cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.*</p> <p>0% o 20% del costo de cada consulta cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.*</p>
14. Servicio de ambulancia <i>(servicios de ambulancia necesarios desde el punto de vista médico)</i>	0% o 20% de coseguro	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>15. Atención de emergencia (podrá acudir a cualquier sala de emergencia si considera, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia)</p>	<p>0% o 20% de coseguro para el médico</p> <p>0% o 20% de costos del centro.</p> <p>Si ingresa al hospital dentro de un período de 3 días luego de la consulta de emergencia por una misma enfermedad, no tendrá que pagar el copago de sala de emergencias.</p> <p>SIN cobertura fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General 0% o 20% (hasta \$50) del costo de las consultas de emergencia cubiertas por Medicare.*</p> <p>Este monto se aplica contra su deducible del plan dentro y fuera de la red.</p> <p>Sin cobertura fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Si es internado de inmediato en el hospital, pagará \$0 por la consulta de emergencia.</p> <p>Si ingresa al hospital dentro de un período de 24 horas por la misma enfermedad, paga \$0 por la consulta de emergencia.</p>
<p>16. Atención urgente (NO se trata de atención de emergencia y en la mayoría de los casos es fuera del área de servicio)</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p> <p>SIN cobertura fuera de los EE.UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General 0% o 20% del costo de las consultas de atención urgente cubiertas por Medicare.*</p>
<p>17. Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% para consultas de Terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de las consultas de Fisioterapia y/o Terapia del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
18. Equipos médicos duraderos (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	0% o 20% de coseguro	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
19. Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, miembros y ojos artificiales, etc.)	0% o 20% de coseguro	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
20. Capacitación de autocontrol, terapia de nutrición y suministros para diabetes (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, pruebas de evaluación y capacitación en autocontrol)	<p>0% o 20% de coseguro</p> <p>La terapia de nutrición es para personas con diabetes o enfermedades renales (no sometidas a diálisis ni a un trasplante de riñón), cuando el médico las hubiera derivado. Estos servicios pueden ser proporcionados por un dietista registrado o incluir una evaluación y orientación nutricional para ayudarlo a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de la capacitación en autocontrol de la diabetes.*</p> <p>0% o 20% del costo de la terapia de nutrición para diabetes.*</p> <p>0% o 20% del costo de los suministros para la diabetes.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>21. Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>0% o 20% de coseguro para pruebas de diagnóstico y radiografías.</p> <p>\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de diagnóstico de laboratorio necesarios desde el punto de vista médico que ordene su médico tratante, cuando sean proporcionados por un laboratorio certificado por las Clinical Laboratories Improvement Amendments (Modificaciones de la Ley de Mejora de Laboratorios Clínicos, CLIA por sus siglas en inglés) que participe en Medicare. Los servicios de diagnóstico de laboratorio se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una supuesta enfermedad o afección. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de evaluación de rutina, como el control del colesterol.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de las radiografías cubiertas por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo de los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.*</p>
<p>SERVICIOS PREVENTIVOS</p>		
<p>22. Mediciones de masa ósea (para personas con Medicare que corran riesgo)</p>	<p>0% o 20% de coseguro</p> <p>Cubierto una vez cada 24 meses (más a menudo si fuera necesario desde el punto de vista médico) si cumple con determinadas condiciones médicas.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo para consultas de medición de masa ósea cubiertas por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
23. Pruebas de detección colorrectal (para personas con Medicare de 50 años en adelante)	0% o 20% de coseguro Cubiertos cuando corre alto riesgo o cuando tiene 50 años de edad o más.	Dentro de la red 0% o 20% del costo de las pruebas de detección colorrectal cubiertas por Medicare.*
24. Vacunas (vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B – para personas con Medicare que corran riesgo, vacuna contra la neumonía)	\$0 de copago para vacunas contra la gripe y la neumonía. 0% o 20% de coseguro para la vacuna contra la hepatitis B. Es posible que solo deba vacunarse contra la neumonía una vez en la vida. Llame a su médico para obtener más información.	Dentro de la red \$0 de copago para vacunas contra la gripe y la neumonía. No se necesita derivación para las vacunas contra la gripe y la neumonía. 0% o 20% del costo de la vacuna contra la hepatitis B.*
25. Mamografías (evaluación anual) (para mujeres con Medicare de 40 años en adelante)	0% o 20% de coseguro No se necesita derivación. Cubiertas una vez al año para todas las mujeres con Medicare de 40 años en adelante. Una mamografía de inicio cubierta para mujeres con Medicare entre 35 y 39 años.	Dentro de la red 0% o 20% del costo para servicios de evaluación mamográfica cubiertos por Medicare.*
26. Papanicolaou y tactos vaginales (para mujeres con Medicare)	\$0 de copago para pruebas de Papanicolaou. Cubierto una vez cada 2 años. Cubierto una vez al año para mujeres con Medicare que corren alto riesgo. 0% o 20% de coseguro para tactos vaginales.	Dentro de la red 0% o 20% del costo de las pruebas Papanicolau y los tactos vaginales cubiertos por Medicare.*

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>27. Exámenes de evaluación de cáncer de próstata (para hombres con Medicare de 50 años en adelante)</p>	<p>0% o 20% de coseguro para el tacto rectal.</p> <p>\$0 para el examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés); 0% o 20% de coseguro para otros servicios relacionados.</p> <p>Cubiertos una vez al año para todos los hombres con Medicare de 50 años en adelante.</p>	<p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de exámenes de evaluación de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.*</p>
<p>28. Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>0% o 20% de coseguro para diálisis renal.</p> <p>0% o 20% de coseguro para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.</p> <p>La terapia de nutrición es para personas con diabetes o enfermedades renales (no sometidas a diálisis ni a un trasplante de riñón), cuando el médico las hubiera derivado. Estos servicios pueden ser proporcionados por un dietista registrado o incluir una evaluación y orientación nutricional para ayudarlo a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los suministros para diálisis renal.*</p> <p>0% o 20% del costo para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.*</p>
<p>29. Medicamentos recetados</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos bajo Medicare Original. Puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original incorporándose al Plan de medicamentos recetados de Medicare, o puede obtener</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.</p> <p>General \$0 de deducible anual para medicamentos cubiertos de la Parte B.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>29. Medicamentos recetados (continuado...)</p>	<p>toda su cobertura de parte de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos recetados, incorporándose a un plan de Medicare Advantage o a un plan de costos de Medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>0% o 20% del costo para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare General</p> <p>Este plan utiliza una lista de medicamentos. El plan le enviará la lista de medicamentos. También puede ver la lista por Internet, en AbrazoAdvantage.com.</p> <p>Pueden aplicar distintos costos personales para aquellos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tienen ingresos limitados, - que vivan en centros de atención a largo plazo, o - que tengan acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (Servicio de Salud Indígena) <p>El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados dentro de la red a nivel nacional (es decir, esto incluiría a los 50 estados y al DC). Esto significa que pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia dentro de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>29. Medicamentos recetados (continuado...)</p>		<p>El total anual de los costos por medicamentos es el total de los costos por medicamentos que pagaron tanto usted como el plan y Medicare.</p> <p>Este plan puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su enfermedad antes de que el plan cubra otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una autorización previa de Abrazo Advantage Plus (HMO) para proporcionarle determinados medicamentos.</p> <p>Debe acudir a determinadas farmacias para una cantidad muy limitada de medicamentos, debido a requisitos de manipulación especial, de coordinación de proveedores o de educación para del paciente respecto a estos medicamentos que no pueden ser proporcionados en la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos aparecen en el sitio de Internet del plan, en la lista de medicamentos y en material impreso, además de en el buscador del plan medicamentos recetados de Medicare en Medicare.gov.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>29. Medicamentos recetados (continuado...)</p>		<p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto de costo compartido normal de ese medicamento, pagará el costo real y no el monto más alto de costo compartido.</p> <p>Dentro de la red Paga \$0 de deducible anual.</p> <p>Cobertura inicial Dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, pagará lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$0 ó - Un copago de \$1.10 ó - Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$0 ó - Un copago de \$3.30 ó - Un copago de \$6.30 <p>Farmacia minorista Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) forma(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suministro para un mes (30 días)

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>29. Medicamentos recetados (continuado...)</p>		<p>Farmacia de atención a largo plazo Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) forma(s): - Suministro para un mes (31 días)</p> <p>Pedido por correo Puede obtener medicamentos de la(s) siguiente(s) forma(s): - Suministro para un mes (30 días)</p> <p>Cobertura catastrófica Después de que sus costos anuales de medicamentos en efectivo alcancen los \$4,550, usted pagará \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan posiblemente estén cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Puede que tenga que pagar más del monto habitual de costo compartido si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el costo total del medicamento a la farmacia y enviar documentación para obtener un reembolso de parte de Abrazo Advantage Plus (HMO).</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente forma: - Suministro para un mes (30 días)</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
<p>29. Medicamentos recetados (continuado...)</p>		<p>Cobertura inicial fuera de la red Según sus ingresos y estado institucional, Abrazo Advantage Plus (HMO) le reembolsará hasta el costo total del medicamento, menos lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$0 ó - Un copago de \$1.10 ó - Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un copago de \$0 ó - Un copago de \$3.30 ó - Un copago de \$6.30 <p>Cobertura catastrófica fuera de la red Después de que sus costos anuales de medicamentos en efectivo alcancen los \$4,550, le reembolsarán el costo total de los medicamentos que haya comprado fuera de la red.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
30. Servicios dentales	Servicios dentales preventivos (como las limpiezas) no cubiertos.	<p>Dentro de la red En general, los beneficios dentales preventivos (como las limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>0% o 20% del costo de los beneficios dentales cubiertos por Medicare.*</p>
31. Servicios de audición	<p>Exámenes de audición de rutina y audífonos no cubiertos.</p> <p>0% o 20% de coseguro para exámenes de audición de diagnóstico.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red - \$0 de copago para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>Hasta 1 consultas de rutina por año.</p> <p>\$0 de copago para audífonos.</p> <p>\$1,000 de límite para audífonos cada año.</p>
32. Servicios para la vista	<p>0% o 20% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Exámenes oculares de rutina y anteojos no cubiertos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas.</p> <p>Evaluaciones anuales de glaucoma cubiertas para personas en riesgo.</p>	<p>General Se podrán aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para: - un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas.* - hasta 1 par de anteojos por año. - hasta 1 par de lentes de contacto por año. - 0% o 20% del costo de exámenes de diagnóstico y tratamiento de</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
32. Servicios para la vista <i>(continuado...)</i>		<p>enfermedades y afecciones de los ojos.*</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% del costo de hasta 1 examen ocular de rutina por año. - \$250 de límite para anteojos, lentes y accesorios cada año.
33. Examen físico	<p>0% o 20% de coseguro para un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de Parte B de Medicare.*</p> <p>Cuando adquiere la Parte B de Medicare, puede hacerse un único examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de Parte B. La cobertura no incluye las pruebas de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo de exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen por año.</p> <p>0% a 20% del costo de los beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
Educación en salud y bienestar	<p>Ayudas para dejar de fumar: cubiertas si las indica su médico. Incluye dos intentos con orientación dentro del período de 12 meses si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada al hábito de fumar o se encuentra tomando medicamentos que pueden ser afectados por el tabaco. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Usted paga el coseguro y se aplican deducibles de la Parte B.</p>	<p>General</p> <p>Por favor visite el sitio de Internet de nuestro plan para ver la lista de artículos de venta libre (OTC) cubiertos.</p> <p>Los artículos de venta libre pueden ser comprados solamente para el afiliado.</p> <p>Por favor póngase en contacto con el plan para obtener instrucciones específicas para la utilización de este beneficio.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de orientación para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, póngase en contacto con Abrazo Advantage Health Plan para obtener más detalles.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
Transporte (de rutina)	No cubierto.	Dentro de la red Este plan no cubre el transporte de rutina.
Acupuntura	No cubierto.	Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura.

PARTE IV

Título XIX – Medicaid

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para recibir los beneficios médicos de Medicaid no pagan la prima del plan Abrazo Advantage Plus (HMO). Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare, de \$96.40 mensuales, en tanto usted reúna los requisitos para Medicaid. Para enterarse de su nivel de cobertura Medicaid, llame a nuestro Departamento de Servicios a Clientes al (602) 824-3900 ó al (888) 864-1114 si usted se encuentra fuera del Condado de Maricopa. Sólo los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas (TDD) y de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al (602) 824-3909 o (800) 489-1472. Los 7 días de la semana, de 08:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si usted califica para obtener ayuda adicional con sus medicamentos recetados, el Gobierno le paga a Abrazo Advantage Health Plan la prima por medicamentos recetados de Medicare, de \$24.80.

Para que usted entienda mejor sus opciones de atención médica, el cuadro a continuación le muestra sus costos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud del Estado de Arizona y como parte de Abrazo Advantage Plus (HMO) – Miembro Doble.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
Servicios en hospital a pacientes internados	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Atención de salud mental como paciente internado	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Centro de enfermería especializada	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas de atención médica a domicilio	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de Proveedor de Atención Primaria	Dentro de la red \$1 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
Consultas a especialistas	Dentro de la red \$1 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas de atención quiropráctica	Dentro de la red \$1 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red Ver Parte II, página 8 bajo Servicios Quiroprácticos (N° 9) para enterarse de los servicios cubiertos por Abrazo Advantage Plus (HMO)
Consulta de servicios de podología	Dentro de la red \$1 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas de atención de salud mental como paciente ambulatorio	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas por abuso de sustancias a pacientes ambulatorios	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consulta a un Centro de cirugía ambulatoria o Centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Servicio de ambulancia	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas de emergencia	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Consultas de atención urgente	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
Consultas de terapia ocupacional/física/del habla	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Equipos médicos duraderos	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Dispositivos protésicos	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Capacitación de autocontrol y suministros para diabetes	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Prueba de detección colorrectal	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Vacunas contra la gripe y la neumonía	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Evaluación mamográfica	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Papanicolaou y tacto vaginal	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	ABRAZO ADVANTAGE PLUS (HMO)
Evaluación de cáncer de próstata	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Diálisis renal o terapia de nutrición por enfermedad renal en etapa terminal.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
Exámenes de audición, exámenes de audición de rutina, audífonos y evaluación de ajuste para audífonos	No cubiertos para personas mayores de 21 años. \$0 para personas de 21 años de edad o menores.	Dentro de la red Ver Parte II, página 19 bajo Servicios de Audición (N° 31) para enterarse de los servicios cubiertos por Abrazo Advantage Plus (HMO)
Examen ocular anual de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos	No cubiertos para personas mayores de 21 años. \$0 para personas de 21 años de edad o menores.	Dentro de la red Ver Parte II, página 20 bajo Servicios para la Vista (N° 32) para enterarse de los servicios cubiertos por Abrazo Advantage Plus (HMO)
Transporte	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicaid.
SÓLO PARA ATENCIÓN A LARGO PLAZO		
Centro de enfermería	Contribución del miembro determinada por la agencia de Medicaid	Contribución del miembro determinada por la agencia de Medicaid
Servicios a domicilio y comunitarios	Contribución del miembro determinada por la agencia de Medicaid	Contribución del miembro determinada por la agencia de Medicaid

