

Resumen de beneficios de 2023

Health Partners Medicare (H9207)

Health Partners Medicare Silver (HMO-POS) (Plan 013)

Health Partners Medicare Platinum (HMO-POS) (Plan 014)

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Health Partners Medicare Silver y Health Partners Medicare Platinum para el año del plan que abarca desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se mencionan todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para ver una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*. Puede verla en línea en www.HPPMedicare.com u obtener un ejemplar llamando a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477). Del **1 de octubre al 31 de marzo**, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Y del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande. Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Health Partners Medicare cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recurre a proveedores fuera de nuestra red, es posible que pague más por estos servicios.

Si desea más información sobre los medicamentos con receta cubiertos, consulte el *Formulario* del plan. Si desea más información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Estos documentos están disponibles en www.HPPMedicare.com o llamando al número de teléfono del plan: 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Para inscribirse en Health Partners Medicare Silver o Health Partners Medicare Platinum, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de New Jersey: Burlington, Camden y Gloucester.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise el manual *Medicare & You* actual. Puede verlo en línea en www.medicare.gov u obtener un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Health Partners Medicare es un plan HMO que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Pensilvania. La inscripción en Health Partners Medicare depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-HPP-HPP3 (1-833-477-4773) (TTY 1-877-454-8477) para obtener más información. Del **1 de octubre al 31 de marzo**, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Y del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Prima mensual del plan	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$20 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Este plan no tiene un deducible por los servicios médicos. Hay un deducible de \$0 por los medicamentos con receta.	Este plan no tiene un deducible por los servicios médicos. Hay un deducible de \$0 por los medicamentos con receta.
Monto máximo que debe pagar de su bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$7900 por año El máximo que abona de copagos, coseguros y otros costos por los servicios médicos durante el año.	\$7900 por año El máximo que abona de copagos, coseguros y otros costos por los servicios médicos durante el año.

	Health Partners Medicare Silver		Health Partners Medicare Platinum	
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (Parte D)				
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Deducible	No hay deducible de recetas en los planes Silver o Platinum para 2023.			
Nivel 1 Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genéricos	\$10 de copago	\$20 de copago	\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 Marca preferida Insulinas selectas (todas las insulinas cubiertas)	\$47 de copago \$10 de copago	\$94 de copago \$20 de copago	\$47 de copago \$10 de copago	\$94 de copago \$20 de copago
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	\$100 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 Especializados	Coseguro del 33%	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.	Coseguro del 33%	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (Parte D)		
Interrupción en la cobertura	<p>Una vez que los costos totales que abona por medicamentos (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que usted pagó) alcancen los \$4660, no abonará más del 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega en el caso de los medicamentos de marca.</p> <p>No pagará más del 25% por los medicamentos genéricos.</p> <p>En el caso de las insulinas selectas, abonará los mismos copagos que se muestran en la tabla de la página anterior.</p>	<p>Una vez que los costos totales que abona por medicamentos (incluido lo que ha pagado nuestro plan y lo que usted pagó) alcancen los \$4660, no abonará más del 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega en el caso de los medicamentos de marca.</p> <p>No pagará más del 25% por los medicamentos genéricos.</p> <p>En el caso de las insulinas selectas, abonará los mismos copagos que se muestran en la tabla de la página anterior.</p>
Cobertura catastrófica	<p>Una vez que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por los medicamentos (incluidos los que compra tanto en la farmacia minorista como los de pedido por correo) alcancen los \$7400, pagará el monto que sea mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 5 %, o • Copago de \$4.15 por genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$10.35 por todos los otros medicamentos. 	<p>Una vez que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por los medicamentos (incluidos los que compra tanto en la farmacia minorista como los de pedido por correo) alcancen los \$7400, pagará el monto que sea mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 5 %, o • Copago de \$4.15 por genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$10.35 por todos los otros medicamentos.
Farmacia de atención a largo plazo y cobertura de farmacias fuera de la red	<p>Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o un suministro de 31 días de una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que los de un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, como se muestra arriba. Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red o de atención a largo plazo.</p> <p>Para más información, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en www.HPPMedicare.com o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).</p>	<p>Sus costos por un suministro de 30 días en una farmacia fuera de la red o un suministro de 31 días de una farmacia de atención a largo plazo son los mismos que los de un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar, como se muestra arriba. Los suministros extendidos no están disponibles en farmacias fuera de la red o de atención a largo plazo.</p> <p>Para más información, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en www.HPPMedicare.com o llámenos al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).</p>

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Cobertura de hospitalizaciones ★	<p>Por cada admisión/hospitalización, abona lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$290 por día, los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día, los días 6 a 90 • Copago de \$704 por día, a partir del día 91 <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización se extiende por más de 90 días, puede usar estos días adicionales.</p>	<p>Por cada admisión/hospitalización, abona lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$275 por día, los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día, los días 6-90 • Copago de \$704 por día, a partir del día 91 <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización se extiende por más de 90 días, puede usar estos días adicionales.</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios		
Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios ★	\$300 de copago	\$300 de copago
Servicios de observación para pacientes ambulatorios	Copago de \$300 por hospitalización	Copago de \$300 por hospitalización
Servicios brindados en un centro de cirugía ambulatoria ☆	\$200 de copago	\$200 de copago

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Consultas médicas		
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$30 de copago	\$0 de copago
Atención preventiva cubierta por Medicare		
Consulta anual de bienestar	\$0 de copago	\$0 de copago
Enemas de bario	\$0 de copago	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago
Tactos rectales	\$0 de copago	\$0 de copago
ECG luego de servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago	\$0 de copago
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención médica de emergencia	Copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Está exento del copago si lo admiten en el mismo establecimiento durante las siguientes 24 horas por la misma afección.	Copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Está exento del copago si lo admiten en el mismo establecimiento durante las siguientes 24 horas por la misma afección.
Atención de urgencias	Copago de \$55 por cada visita de atención de urgencias cubierta por Medicare. No está exento del copago si lo admiten.	Copago de \$55 por cada visita de atención de urgencias cubierta por Medicare. No está exento del copago si lo admiten.
Servicios de diagnóstico/ pruebas de laboratorio/ diagnóstico por imágenes		
Pruebas y procedimientos de diagnóstico ★	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes (cont.)		
Servicios avanzados de radiología (como RM, tomografía por emisión de positrones, TC y medicina nuclear)★	\$250 de copago	\$250 de copago
Pruebas de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios (como radiografías, ecografías y mamografías)☆	\$30 de copago	\$30 de copago
Radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación contra el cáncer)★	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Servicios auditivos		
Examen de audición cubierto por Medicare	\$35 de copago Es posible que se aplique un copago adicional por el especialista.	\$35 de copago Es posible que se aplique un copago adicional por el especialista.
Examen de audición rutinario	\$0 de copago Limitado a 1 visita por año	\$0 de copago Limitado a 1 visita por año
Audífonos	\$0 de copago Hasta \$1000 cada dos años	\$0 de copago Hasta \$1500 cada dos años
Servicios dentales		
Servicios dentales preventivos	Abona un copago de \$0 por 2 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites)	Abona un copago de \$0 por 2 exámenes y limpiezas al año. Radiografías cubiertas (se aplican límites)

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare★</p> <p>Servicios dentales integrales complementarios★</p>	<p>Copago de \$45 por servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía oral/maxilofacial <p>El plan paga \$1000 al año para servicios dentales integrales complementarios.</p>	<p>Copago de \$40 por servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • Cirugía oral/maxilofacial <p>El plan paga \$1000 al año para servicios dentales integrales complementarios.</p>
Atención de la vista		
<p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares • Anteojos después de la cirugía de cataratas <p>Examen de la vista de rutina</p> <p>Lentes de contacto o anteojos (marco y lentes) suplementarios</p>	<p>Copago de \$45 por servicios cubiertos por Medicare (Es posible que se aplique un copago adicional por el especialista).</p> <p>Copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por examen de la vista de rutina (limitado a 1 visita por año)</p> <p>Abona un copago de \$0 por uno de los siguientes, a elección, hasta \$200 por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos (lentes y marcos) - Lentes de contacto 	<p>Copago de \$40 por vista servicios de la vista cubiertos por Medicare (Es posible que se aplique un copago adicional por el especialista).</p> <p>Copago de \$0 por anteojos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por examen de la vista de rutina (limitado a 1 visita por año)</p> <p>Abona un copago de \$0 por uno de los siguientes, a elección, hasta \$200 por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un par de anteojos (lentes y marcos) - Lentes de contacto

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Servicios de salud mental		
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico★	<p>Por cada admisión/hospitalización, abona lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$290 por día, los días 1-5 • Copago de \$0 por los días 6 a 90 • Copago de \$0 por día a partir del día 91 (días de reserva de por vida) <p>Nuestros planes cubren hasta 90 días de hospitalización de salud mental (se aplica un límite de hospitalización psiquiátrica de por vida de 190 días).</p> <p>Nuestros planes también cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización se extiende por más de 90 días, puede usar estos días “adicionales”.</p>	<p>Por cada admisión/hospitalización, abona lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$275 por día, los días 1-5 • Copago de \$0 por los días 6 a 90 • Copago de \$0 por día a partir del día 91 (días de reserva de por vida) <p>Nuestros planes cubren hasta 90 días de hospitalización de salud mental (se aplica un límite de hospitalización psiquiátrica de por vida de 190 días).</p> <p>Nuestros planes también cubren 60 “días de reserva de por vida”. Si su hospitalización se extiende por más de 90 días, puede usar estos días “adicionales”.</p>
Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios☆	\$30 de copago	\$0 de copago
Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios☆	\$30 de copago	\$0 de copago
Servicios psiquiátricos☆	\$30 de copago	\$0 de copago
Hospitalización parcial★	Copago de \$55 por día	Copago de \$55 por día

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Centro de enfermería especializada ★	<p>Del día 1 al 20: Copago de \$0 por día</p> <p>Del día 21 al 100: Copago de \$176 por día</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada durante cada período de beneficios. (El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días seguidos sin recibir atención de hospitalización o atención especializada en un centro de enfermería especializada).</p>	<p>Del día 1 al 20: Copago de \$0 por día</p> <p>Del día 21 al 100: Copago de \$176 por día</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada durante cada período de beneficios. (El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El nuevo período de beneficios está disponible después de 60 días seguidos sin recibir atención de hospitalización o atención especializada en un centro de enfermería especializada).</p>
Fisioterapia/terapia ocupacional/fonoaudiología ★	\$25 de copago	\$25 de copago
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre ☆	<p>\$210 de copago</p> <p>No estará exento de este costo compartido si lo admiten en el hospital.</p>	<p>\$210 de copago</p> <p>No estará exento de este costo compartido si lo admiten en el hospital.</p>
Ambulancia aérea ★	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos para quimioterapia ★	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Otros medicamentos de la Parte B ☆	Coseguro del 20% Es posible que se aplique tratamiento progresivo.	Coseguro del 20% Es posible que se aplique tratamiento progresivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico Servicios de acupuntura complementarios	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico. Tiene hasta 12 visitas cubiertas durante 90 días, más 8 visitas adicionales durante el año, sujeto a limitaciones y restricciones. Copago de \$10 por cada visita de acupuntura complementaria, limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico. Tiene hasta 12 visitas cubiertas durante 90 días, más 8 visitas adicionales durante el año, sujeto a limitaciones y restricciones. Copago de \$10 por cada visita de acupuntura complementaria, limitado a 20 visitas por año.
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$40 de copago	\$40 de copago
Servicios de quiropraxia ★ Servicios cubiertos por Medicare: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	\$20 de copago	\$0 de copago
Suministros para diabéticos ☆	Coseguro del 0% por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos Coseguro del 20% por suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos Coseguro del 20% por todos los demás suministros de la Parte B para la diabetes	Coseguro del 0% por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos Coseguro del 20% por suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos Coseguro del 20% por todos los demás suministros de la Parte B para la diabetes

★ Se requiere autorización.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados ★	Coseguro del 20% El DME debe obtenerse solamente de proveedores de la red de HPP. HPP no reembolsará las compras hechas a minoristas o tiendas en línea que estén fuera de la red.	Coseguro del 20% El DME debe obtenerse solamente de proveedores de la red de HPP. HPP no reembolsará las compras hechas a minoristas o tiendas en línea que estén fuera de la red.
Programa de actividad física	Copago de \$0 por la membresía de SilverSneakers® o en Salvation Army Kroc Center of Philadelphia.	Copago de \$0 por la membresía de SilverSneakers® o en Salvation Army Kroc Center of Philadelphia.
Atención médica en el hogar ★	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios del programa de tratamiento con opioides	\$30 de copago	\$25 de copago
Artículos de venta libre (OTC) El período de beneficios corresponde a los trimestres del año calendario: Primer trimestre: en.-mar. Segundo trimestre: abr.-jun. Tercer trimestre: jul.-sept. Cuarto trimestre: Oct. - dic.	Copago de \$0 por hasta \$60 cada trimestre natural para artículos de venta libre (OTC) elegibles. Los montos no utilizados no se acumularán para el siguiente trimestre. La asignación solo debe usarse en artículos para el miembro.	Copago de \$0 por hasta \$60 cada trimestre natural para artículos de venta libre (OTC) elegibles. Los montos no utilizados no se acumularán para el siguiente trimestre. La asignación solo debe usarse en artículos para el miembro.
Servicios de podología Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (p. ej., dedo en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores Atención de los pies de rutina, incluidos el tratamiento para callos/callosidades, cuidado de las uñas y demás atención preventiva/ de mantenimiento.	Copago de \$30 por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$20 por atención de los pies de rutina (limitado a una visita cada tres meses)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$0 por atención de los pies de rutina (limitado a una visita cada tres meses)

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
<p>Opción de punto de servicio ★</p> <p>Estos son beneficios “fuera de la red”. Puede consultar con cualquier proveedor que participe con Medicare dentro de Estados Unidos.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener la lista completa de los servicios cubiertos por esta opción.</p>	Coseguro del 20% por servicios cubiertos fuera de la red	Coseguro del 20% por servicios cubiertos fuera de la red
<p>Prótesis y ortopedia ★</p>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	\$20 de copago	\$0 de copago
<p>Tecnología de acceso remoto (Teladoc ®)</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, los miembros tienen acceso por teléfono o video a médicos acreditados. Este servicio no reemplaza la función del PCP del miembro y es una opción conveniente que les permite a los miembros hablar con un médico que pueda diagnosticar, recomendar tratamientos y recetar medicamentos, según corresponda, para muchos problemas médicos que no sean de emergencia, entre ellos, bronquitis/problemas en los senos paranasales, alergias, síntomas de gripe/resfrío, infecciones respiratorias e infecciones de oído.</p>	Copago de \$0 por los servicios de Teladoc	Copago de \$0 por los servicios de Teladoc

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

	Health Partners Medicare Silver	Health Partners Medicare Platinum
Beneficios médicos (Parte C)		
<p>Visita de atención médica remota Tiene la opción de obtener los servicios de un médico y algunos otros servicios mediante una consulta en persona o a través de la atención médica remota, con tecnología audiovisual electrónica. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante atención médica remota, debe recurrir a un proveedor que brinde el servicio por este medio.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de PCP mediante atención médica remota</p> <p>Copago de \$30 por cada servicio de especialista mediante atención médica remota</p> <p>Copago de \$30 por cada sesión individual de un especialista de salud mental</p> <p>Copago de \$30 por cada sesión individual de servicios psiquiátricos</p> <p>Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de atención médica remota. Sin embargo, los servicios que requieren autorización para las consultas presenciales (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan mediante atención médica remota.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de PCP mediante atención médica remota</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de especialista mediante atención médica remota</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión individual de un especialista de salud mental</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión individual de servicios psiquiátricos</p> <p>Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de atención médica remota. Sin embargo, los servicios que requieren autorización para las consultas presenciales (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan mediante atención médica remota.</p>
<p>Servicios de monitoreo remoto Se cubre un programa de monitoreo remoto en el hogar para miembros que tienen insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hipertensión o diabetes no controlada. Los miembros recibirán asistencia clínica mientras estén en el programa a través de una aplicación que permite realizar chats, llamadas telefónicas y videochats.</p> <p>Además, se ofrecerán manguitos para tomar la presión arterial a los miembros con hipertensión no controlada. Un médico debe indicar que el miembro necesita estos artículos. Pueden aplicarse limitaciones.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de monitoreo remoto.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de monitoreo remoto.</p>
<p>Cobertura de urgencia/emergencia fuera de Estados Unidos</p>	<p>Copago de \$0 por un máximo de \$5000 por año.</p>	<p>Copago de \$0 por un máximo de \$5000 por año.</p>

★ Se requiere autorización previa.

☆ Es posible que se requiera autorización previa.

Lista de preinscripción

Antes de decidir sobre su inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos y hablar con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Comprensión de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) brinda una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es fundamental que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.HPPMedicare.com o llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) para ver una copia de la EOC.
- Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están dentro de la red. Si no están en la lista, significa que, probablemente, tendrá que seleccionar un nuevo médico. Sin embargo, los planes que se muestran en este Resumen de beneficios son planes de punto de servicio que le permiten obtener servicios de médicos especialistas y algunos otros servicios de proveedores fuera de la red. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para asegurarse de que la farmacia a la que recurre para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que escoger una nueva farmacia para sus recetas de medicamentos.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se toma de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos algunos servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, este debe aceptar atenderlo. Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención médica. Además, pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.