



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE™**

Denver Health Medical Plan

Elevate Medicare Advantage

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Condados de Adams, Denver o Jefferson

Resumen de beneficios

2023

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

H5608_001SB23v2_M CMS Approved 09/24/2022

Acerca de este *Resumen de beneficios*

Gracias por considerar Elevate Medicare Advantage de Elevate Medicare Advantage. Puede usar este ***Resumen de beneficios*** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos con receta de la Parte D
- quién puede inscribirse
- reglas de cobertura
- obtención de atención
- resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener detalles, consulte la ***Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)***, que se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org o solicite una copia a Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual ***“Medicare y usted”***. Véalo en Internet en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios del Plan de Salud o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, para coordinar sus beneficios de Medicaid.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services are available to you at no cost. Please call our Health Plan Services at 303-602-2111 or toll free 1-877-956-2111. TTY should call 711. Our hours of operation are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

¿Quién puede inscribirse?

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) es un plan dual para necesidades especiales, un plan Medicare Advantage disponible exclusivamente para los beneficiarios elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Es elegible para inscribirse en este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Tiene derecho a la Parte D de Medicare.
- Es un beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid.
- Reside en los condados de Adams, Denver o Jefferson.

¿Qué cubrimos?

- Los miembros de nuestro plan obtienen los mismos beneficios cubiertos por Medicare Original y más. Algunos de los beneficios se describen en este documento. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.
- Usted cuenta con cobertura tanto de Medicare y QMB como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. QMB y Medicaid cubren los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos los copagos y el coseguro. No paga nada por estos servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre que siga siendo elegible tanto para Medicare y QMB como para Medicaid.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

Reglas de cobertura

Cubrimos los servicios y artículos enumerados en este documento y en la **EOC**, si:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios o artículos se consideran razonables y necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que figuran en nuestro *Directorio de proveedores* y *Directorio de farmacias* (hay excepciones a esta regla).

También cubrimos:

- atención de emergencia
- atención de urgencia
- diálisis fuera del área

Para obtener detalles sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **EOC**.

Obtención de atención

En la mayoría de nuestros establecimientos dentro de la red, generalmente puede obtener los servicios cubiertos que necesita, incluida la atención especializada, la farmacia y los análisis de laboratorio. Para buscar las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro *Directorio de proveedores* en Internet (www.denverhealthmedicalplan.org) o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Parte C de Medicare: qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.	
Primas mensuales del plan	\$0-\$41.60** por mes, según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i>
Deducible	El deducible es \$0** o \$226 y se aplica a los servicios dentro de la red. El deducible de la Parte D es \$0** o \$505, y se aplica a los medicamentos con receta.
Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a QMB o Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$8,200**

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<p>Cobertura de servicios de hospitalización*† Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio.</p>	<p>\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>
<p>Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Centro quirúrgico ambulatorio*</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Visitas al consultorio médico*</p>	<p>Visita de atención primaria: \$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>Visita al especialista: \$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Atención de emergencia La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** o 20% del costo total (hasta \$95) por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>
<p>Servicios de atención de urgencia La atención de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** o 20% del costo total (hasta \$60) por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita de atención de urgencia.</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas y procedimientos de diagnóstico • radiografías • pruebas de laboratorio 	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible por las pruebas de diagnóstico, los procedimientos y las radiografías cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • exámenes de audición de rutina • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos 	<p>\$0** o 20% del costo total por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años \$0 de copago por las adaptaciones/evaluaciones de audífonos Cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años</p>
<p>Servicios dentales† Cobertura dental preventiva e integral</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales cada año \$0 de copago por servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 60 meses). • Tratamiento con flúor (un tratamiento por año). • Empastes (hasta 1 por diente cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un solo empaste. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó la amalgama existente). <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares 	<p>\$0** o 20% del costo total del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare \$0** o 20% del costo total de la prueba de detección de glaucoma anual para personas en riesgo</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • examen ocular de rutina complementario • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) 	<p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año Usted tiene una cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos ilimitados (lentes y marcos) por año.</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*[†] Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 60 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.</p>	<p>\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.</p>	<p>\$0** o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 100: \$0** o \$200 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos
<p>Rehabilitación ambulatoria*</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia ocupacional[†] • terapia física[†] • terapia del habla[†] 	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>[†] Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia ocupacional, física y del habla.</p>
<p>Ambulancia[†]</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
	<p>Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de ambulancia. † Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.</p>
<p>Transporte Traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan</p>	<p>\$0 de copago para traslados de ida y vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan a través de Access2Care</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare † Para medicamentos no preferidos de la Parte B</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible. A partir del 4/1/2023, ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. A partir del 7/1/2023, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina provista a través de un DME, incluso si no ha pagado el deducible.</p>

Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

Las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también obtienen *Extra Help (Ayuda adicional)* de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda *Extra Help (Ayuda adicional)* a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta.

Etapas de cobertura inicial

Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), ya sea:

\$0 de copago
\$1.45 de copago
\$4.15 de copago
15% del costo total

Para todos los otros medicamentos, ya sea:

\$0 de copago
\$4.30 de copago
\$10.35 de copago
15% del costo total

Etapas de brecha de cobertura

La etapa de brecha de cobertura es un cambio temporal en el costo de los medicamentos con receta. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,660.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$7,400, que es el fin de la brecha de cobertura.

No todas las personas entrarán en la etapa de brecha de cobertura. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista o a través del servicio de envíos por correo) alcance \$7,400, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$4.15 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 por todos los demás medicamentos

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Como miembro de DHMP, puede obtener sus medicamentos de cualquiera de las siguientes formas:

- farmacia minorista**
 Puede obtener un suministro para 30, 60, 90 o 100 días para la mayoría de las medicaciones. Consulte el *Formulario de medicamentos* www.denverhealthmedicalplan.org para obtener detalles. Para un suministro para menos de un mes, comuníquese con nosotros al 303-602-2111.
- farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**
 Las farmacias de LTC deben entregar medicamentos de marca por un suministro para menos de 14 días por vez. También pueden entregar el suministro de medicamentos genéricos que abastezca menos de un mes cada vez. Comuníquese con nosotros al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene alguna pregunta sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.
- envíos por correo**
 Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.

El plan utiliza un *Formulario de medicamentos*. Puede ver el *Formulario de medicamentos* en www.denverhealthmedicalplan.org o llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 para obtener una copia.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.	
Tensiómetro† Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un tensiómetro con cobertura de hasta \$135 de por vida para los miembros que cumplan con los requisitos <i>Consulte la EOC para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i>
Atención quiropráctica	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<p>Servicios e insumos para la diabetes†</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible para zapatos terapéuticos, plantillas, insumos para el control de la diabetes y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>† Los insumos para pruebas de diabetes de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa de Freestyle Libre no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.</p>
<p>Tarjeta de alimentos saludables de Elevate Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.</p>	<p>\$260 de asignación trimestral para comprar alimentos saludables con una tarjeta prepaga en los minoristas participantes Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Sin reembolsos.</p> <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i></p>
<p>Beneficio de comidas Las comidas se ofrecen para cada paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (después del alta).</p>	<p>\$0 de copago por un máximo de 21 comidas durante los 10 días posteriores al alta de cada paciente hospitalizado en un SNF</p>
<p>Envíos por correo de medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>Cobertura trimestral de hasta \$260 Su asignación se encuentra disponible cada trimestre, a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Puede consultar el catálogo y el formulario en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC. Para pedir sus productos, envíe por correo o por fax el formulario de pedido que se encuentra en nuestra página web. No se aceptan devoluciones ni reembolsos.</p>

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio enumerado, puede ver qué cubre Medicaid y qué cubre nuestro plan. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para obtener más información, como los límites, las exclusiones y las reglas de autorización previa conforme al pago por servicio de Medicaid, puede consultar la lista completa en www.healthfirstcolorado.com/benefits-services.

Puede haber exclusiones de copago adicionales para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. Si esto se aplica a usted, puede consultar la lista completa de beneficios en www.healthfirstcolorado.com/benefits-services.

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Ambulancia†</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.</p> <p>† Solo se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.</p>
<p>Evaluación de detección de cáncer colorrectal</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita para una colonoscopia de diagnóstico o tratamiento conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago para evaluaciones de detección conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Servicios dentales</p>	<p>\$0 de copago por limpiezas, empastes, conductos radiculares, coronas y dentaduras parciales</p> <p>El beneficio dental para adultos tiene un límite anual de \$1,500 por año fiscal estatal (del 1 de julio al 30 junio). Los beneficios de emergencia y dentadura no están sujetos a este límite.</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales cada año</p> <p>\$0 de copago por servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 60 meses). • Tratamiento con flúor (un tratamiento por año). • † Empastes (hasta 1 por diente cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un solo empaste. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó la amalgama existente). <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Servicios e insumos para la diabetes†</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes • insumos para diabetes • capacitación para el automanejo de la diabetes 	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible para zapatos o plantillas terapéuticos, insumos para el control de la diabetes y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>† Los insumos para pruebas de diabetes de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa de Freestyle Libre no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio y radiológicos*</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Equipo médico durable (DME)† Se incluye el oxígeno.</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por día para algunos DME conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los DME y prótesis con un precio de compra de \$500 o superior.</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los DME alquilados.</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Atención de emergencia	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia \$8 de copago por visita si no es una emergencia conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total (hasta \$95) Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de la atención de emergencia.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • exámenes de audición de rutina • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos 	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$0 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde	\$0** o 20% del costo total por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años \$0 de copago por las adaptaciones/evaluaciones de audífonos Tiene una cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años.
Atención médica a domicilio*†	\$0 de copago	\$0 de copago
Centro de cuidados paliativos	\$0 de copago No más de 9 meses	Cubierto por Medicare Original
Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Cobertura de servicios de hospitalización*† Incluye abuso de sustancias y rehabilitación.</p>	<p>\$10 de copago por día cubierto o 50% de la tarifa diaria promedio permitida, lo que sea menor conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
<p>Cobertura de servicios de hospitalización*† (continuación)</p>		<p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*†	\$0 de copago	\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Mamografías	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*	\$0 de copago†	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Rehabilitación ambulatoria*</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia física† • terapia ocupacional† • terapia del habla† 	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visitas al hospital como paciente ambulatorio conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$2 de copago por visitas al médico conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en la clínica de terapia de la agencia de rehabilitación conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>† Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia ocupacional, física y del habla.</p>
<p>Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios*</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en un centro de cirugía ambulatoria conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Pruebas de Papanicolaou</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Servicios de podología*	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Medicamentos con receta†	Los beneficios de Medicaid cubren las siguientes exclusiones de Medicare al 100%: productos para la tos y el resfriado, medicaciones de venta libre, y ciertos productos minerales y vitaminas con receta. \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice	\$505 de deducible Según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i> , durante la etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0-\$4.15 de copago o 15% del costo total para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). Usted paga \$0-\$10.35 de copago o 15% del costo total para todos los demás medicamentos con receta.
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención primaria	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Evaluaciones de detección de cáncer de próstata	\$0 de copago	\$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Dispositivos protésicos†	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible † Se requiere autorización previa para todos los DME y prótesis con un precio de compra de \$500 o superior.
Diálisis renal*	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago	Usted paga \$0** o: • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 100: \$0** o \$200 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos
Atención especializada*	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Transporte	\$0 de copago	\$0 de copago por traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan a través de Access2Care

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Servicios de atención de urgencia	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia</p> <p>\$2 de copago por visita si no es parte de una sala de emergencias conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total (hasta \$60) Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de la atención de emergencia.</p>
Servicios de la visión	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año</p> <p>\$0** o 20% del costo total para el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</p> <p>Cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos ilimitados (lentes y marcos) por año</p>
Radiografías*	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>Las radiografías dentales no tienen copago.</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado el deducible.

Aviso multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-956-2111. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-956-2111. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-956-2111。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-956-2111。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-956-2111. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-956-2111. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-956-2111 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-956-2111. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-956-2111 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-956-2111. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-956-2111. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111.

पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111.

Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-956-2111. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-956-2111. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-956-2111. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-956-2111. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。