

Resumen de beneficios para 2020

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) H1189, Plan 001

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

CHRISTUS Health Plan Generations es un plan Medicare Advantage HMO con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no es una lista de cada servicio que cubrimos o una lista de cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura.”

Para unirse a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New Mexico: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel y Santa Fe.

Si usted consulta a proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que no paguemos por dichos servicios.

Para la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte en su folleto actual “**Medicare & You**” (Medicare y usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande y audio.

Para encontrar más información, llámenos a la línea gratuita 1-844-282-3026, ● TTY 711 o visite nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Usted puede encontrar la *Evidencia de cobertura*, el *Directorio de Proveedores y Farmacias* y el *Formulario* (lista de medicamentos con receta de la Parte D) de nuestro plan en nuestro sitio web www.christushealthplan.org.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible anual para medicamentos con receta	\$150	Aplica a los Niveles 4 y 5.
Máximo anual en gastos de bolsillo <i>(no incluye los medicamentos con receta)</i>	\$4,900	Es el monto máximo que paga por concepto de copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios		
Cobertura de hospital para paciente hospitalizado <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospital de atención aguda ○ Salud mental 	<p>Usted paga \$295 de copago por día, por los días 1 al 6. Usted no paga nada por día por los días 7 a 190.</p> <p>Usted paga \$275 de copago por día por los días 1 al 5. Usted no paga nada por día por los días 6 a 190.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía de paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de servicios para pacientes hospitalizados tendrá un límite de 90 días.</p>
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro quirúrgico ambulatorio ○ Instalación hospitalaria 	<p>Debe hacer un copago de \$175 por consulta.</p> <p>Debe hacer un copago de \$325 por consulta.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>
Visitas al consultorio del médico <ul style="list-style-type: none"> ○ Médico de atención primaria ○ Especialistas 	<p>No paga nada.</p> <p>Debe hacer un copago de \$25 por consulta.</p>	

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
Atención preventiva (p.ej. Vacunas para la gripe, neumonía y Hepatitis B; visitas anuales de bienestar, pruebas de detección de diabetes, depresión, obesidad, cáncer de seno, cuello uterino, vagina, próstata, colorrectal y de pulmón).	Usted no paga nada por la atención preventiva cubierta por Medicare).	Otros servicios preventivos están disponibles.
Atención de emergencia	Debe hacer un copago de \$65 por consulta.	Cubierta en todo el mundo. Exento de copago si es hospitalizado dentro de 24 horas.
Servicios de atención urgente	Debe hacer un copago de \$55 por consulta. Debe hacer un copago de \$65 por consulta (en todo el mundo).	
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ imágenes <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis de sangre de rutina ○ Otros servicios de laboratorio ○ Radiografías para pacientes ambulatorios ○ Exámenes y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos) ○ Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, PET) ○ Radiología terapéutica (p. ej. tratamiento con radiación para el cáncer) 	Usted paga 0% de coseguro por consulta. Usted paga 20% de coseguro por consulta. Usted paga 20% de coseguro por consulta. Debe hacer un copago de \$150 por consulta. Debe hacer un copago de \$150 por consulta. Usted paga 20% de coseguro por consulta.	<i>Se requiere autorización previa de su médico u otro proveedor de la red para algunos servicios.</i> Comuníquese con el plan para conocer más información.
Servicios auditivos <ul style="list-style-type: none"> ○ Un examen auditivo de rutina ○ Dispositivos auditivos 	Debe hacer un copago de \$35 por examen. Usted tiene un copago de \$395, \$495 o \$695 para dispositivos auditivos incluidos en el	1 cada año. El copago se basa en el fabricante, producto y estilo del Nivel 3 del

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
<p>Servicios auditivos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio. 	<p>Nivel 3 del Formulario, obtenidos con un proveedor de la red.</p> <p>Debe hacer un copago de \$25 por servicio.</p>	<p>Formulario que haya comprado en Amplifon. Los dispositivos auditivos que no estén enumerados en el Nivel 3 del Formulario están disponibles a un costo adicional. El miembro es responsable del monto completo de la factura si compra un dispositivo que no esté en el Nivel 3 del Formulario. No aplica copago. No está cubierto fuera de la red.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios odontológicos cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, relleno, extracción o reemplazo de dientes) ○ Servicios odontológicos preventivos <ul style="list-style-type: none"> ● Examen bucal ● Radiografías dentales ● Limpiezas ● Tratamiento con flúor 	<p>Debe hacer un copago de \$25 por servicio.</p> <p>Debe hacer un copago de \$5 por servicio.</p>	<p>1 consulta cada año. 1 cada 2 años. 1 cada 6 meses. 1 cada 6 meses.</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. 	<p>Debe hacer un copago de \$25 por examen.</p>	<p>1 cada año.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
Servicios para la vista (continuación) <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba de detección de glaucoma ○ Examen ocular de rutina ○ Anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto 	Debe hacer un copago de \$35 por prueba de detección. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Asignación de \$100 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de terapia individual o grupal ambulatoria 	Debe hacer un copago de \$10 por consulta.	
Servicios de enfermería especializada	Usted no paga nada por día por los días 1 a 10. Usted paga \$167.50 de copago por día, por los días 21 al 100.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Servicios de terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje	Debe hacer un copago de \$40 por consulta.	
Ambulancia	Debe hacer un copago de \$200 por un viaje de una sola dirección.	<i>Se requiere autorización para servicios que no sean emergencia cubiertos por Medicare.</i> Exento de copago si es admitido en el hospital. Cubierta en todo el mundo.
Transporte	No paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i> Limitado a 12 viajes en una sola dirección por año, a ubicaciones aprobadas por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos para quimioterapia ○ Otros medicamentos de la Parte B 	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)
Medicamentos recetados de paciente ambulatorio

Fase 1: Deducible anual para medicamentos con receta	Usted paga \$150 de deducible para el Nivel 4 y el Nivel 5.	
Fase 2: Etapa de cobertura inicial (Después de pagar su deducible) Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: Medicamentos genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Nivel 5: Nivel de Especialidad	Minorista estándar (suministro de 31 días)	Pedido por correo estándar (suministro de 90 días)
	Usted paga \$4. Usted paga \$10. Usted paga \$35. Usted paga \$90. Usted paga 29%.	Usted paga \$0. Usted paga \$0. Usted paga \$70. Usted paga \$180. Usted paga 29%.
Fase 3: Etapa del período sin cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (denominada también “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura empieza después de que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,020.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga 25% del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo de plan para medicamentos genéricos, para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.</p>	
Fase 4: Etapa de Cobertura en situaciones catastrófica	<p>Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y pedido por correo) alcance \$6,350, usted paga el monto mayor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 5% del costo del medicamento. – o – \$3.60 para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.95 para todos los otros medicamentos. 	
<p>El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando entre en otra de las cuatro fases de su beneficio de la Parte D.</p> <p>Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en la farmacia minorista.</p>		

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
Beneficios adicionales		
Atención médica a domicilio	No paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i> No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Terapia individual o grupal)	Debe hacer un copago de \$10 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
Equipos/suministros médicos ○ Equipo médico duradero (p. ej. silla de ruedas, oxígeno) ○ Prótesis (p. ej. soportes, extremidades artificiales)	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
Manejo de la diabetes ○ Suministros para el control de la diabetes ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Zapatos terapéuticos o plantillas	No paga nada. No paga nada. No paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
Cuidado de los pies ○ Examen de los pies y tratamiento cubiertos por Medicare si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos ○ Cuidado del pie de rutina	Debe hacer un copago de \$25 por consulta. No paga nada.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios ○ Rehabilitación cardíaca ○ Rehabilitación pulmonar	Debe hacer un copago de \$40 por consulta. Debe hacer un copago de \$30 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
Atención quiropráctica (Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones)	Debe hacer un copago de \$20 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i> 36 consultas por año.
Diálisis renal	No paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
Acupuntura y otras terapias alternativas	Debe hacer un copago de \$45 por tratamiento	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i> 4 tratamientos por año están disponibles a través de CHRISTUS St. Vincent Holistic Health & Wellness Center.
Acondicionamiento físico	Cubierto por completo en Genoveva Chavez Community Center. Asignación mensual de \$20 para otros programas de acondicionamiento físico cualificados, reembolso trimestral.	Este beneficio brinda acceso al centro de acondicionamiento físico en nuestros mercados. Nuestra misión es proporcionarle un centro de salud y acondicionamiento físico diseñado para educar a la nuestra comunidad acerca de la importancia de mantenerse en forma. Al proporcionar un equipo de profesionales en salud y acondicionamiento físico, así como programas innovadores, buscamos guiar a las personas para que mejoren su calidad de vida.