Resumen de beneficios 2019

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) H1189, Plan 001

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Plan (HMO) , 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

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 del beneficio que se suministra no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura”.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), 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 incluye a los siguientes condados en New Mexico: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel y Santa Fe.

Si usted usa a los proveedores que no están en nuestra red, posiblemente no pagaremos estos servicios.

Para obtener información sobre cobertura y costos de Original Medicare, consulte su folleto actual de "**Medicare y Usted**". Revíselo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Para obtener más información, llámenos a la línea gratuita 1-844-282-3026, ● TTY 7-1-1
O visite nuestro sitio web 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 ver la *Evidencia de cobertura*, el *Directorio de proveedores y farmacias* y la *Lista de medicamentos* (Lista de medicamentos recetados de la Parte D) de nuestro plan en nuestro sitio web www.christushealthplan.org.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que 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 los niveles 4 y 5.
Máximo anual de desembolso directo (<i>no incluye medicamentos con receta</i>)	\$4.900	Lo máximo que pagará por copagos, coaseguro y otros costos de los servicios médicos para el año.
Servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.		
Hospital para pacientes hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospital para pacientes con enfermedades agudas ○ Salud mental 	<p>En los días del 1 al 6, usted paga \$295 de copago por día. Usted no paga nada por día para los días del 7 al 90.</p> <p>En los días del 1 al 5, usted paga \$275 de copago por día. Usted no paga nada por día para los días del 6 al 90.</p>	<p><i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i></p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como 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 dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que ha usado estos 60 días adicionales, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.</p>
Hospital para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro de cirugía ambulatoria ○ Centro hospitalario 	<p>Usted paga \$175 de copago por visita</p> <p>Usted paga \$325 de copago por visita</p>	<p><i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i></p>
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> ○ Médico de atención primaria ○ Especialistas 	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted paga \$25 de copago por visita</p>	
Atención preventiva	Usted no paga nada por la atención preventiva con cobertura de Medicare.	Tenemos disponibilidad de otros servicios preventivos.

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que debe saber
(Por ejemplo, vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B; visitas de bienestar anual, pruebas de detección de diabetes, depresión, obesidad; así como cáncer de seno, de la matriz, vaginal, de próstata, colorrectal y de pulmón).		
Atención de emergencia	Usted paga \$65 de copago por visita.	Con cobertura a nivel mundial. El copago se exonera si se admite en 24 horas.
Servicios necesarios de urgencia	Usted paga \$65 de copago por visita. Usted paga \$65 de copago por visita.	
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/Imágenes <ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas de sangre de rutina ○ Otros servicios de laboratorio ○ Radiografías para pacientes ambulatorios ○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico (que no sean radiológicos) ○ Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, TEP) ○ Radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia para el cáncer) 	<p>Usted paga 0% de coseguro por visita</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por visita</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por visita</p> <p>Usted paga \$150 de copago por visita.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por visita.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por visita</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para algunos servicios de su médico u otro proveedor de la red.</i></p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de audición de rutina ○ Audífonos 	<p>Usted paga \$35 de copago por examen.</p> <p>Usted paga \$395, \$495 o \$695 de copago de un proveedor de la red para dispositivos auditivos incluidos en el nivel 3 de la Lista de medicamentos (<i>Formulary</i>).</p>	<p>1 cada año.</p> <p>El copago se determina con base el producto y estilo del fabricante comprado por</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas de diagnóstico y tratamiento de problemas de la audición y de balance con cobertura de Medicare 	<p>Usted paga \$25 de copago por servicio.</p>	<p>Amplifon, nivel 3 de la Lista de medicamentos. Los dispositivos auditivos que no están incluidos en el nivel 3 de la Lista de medicamentos, están disponibles por un costo adicional. El miembro es responsable de pagar el monto total de la factura si compra productos que no estén incluidos en el nivel 3 de la Lista de medicamentos. No aplica copago. No se cubre nada que esté fuera de la red.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios dentales con cobertura de Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, rellenos, extracción o reemplazo de dientes) ○ Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> ● Examen bucal ● Radiografías dentales ● Limpieza ● Tratamiento con flúor 	<p>Usted paga \$25 de copago por servicio.</p> <p>Usted paga \$5 de copago por servicio.</p>	<p>1 visita 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"> ○ Exámenes de la vista para diagnosticar o tratar enfermedades y afecciones de los ojos con cobertura de Medicare ○ Prueba de detección de glaucoma 	<p>Usted paga \$25 de copago por examen.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por prueba de detección.</p>	<p>1 cada año.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)		Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> ○ Examen de la visión de rutina ○ Anteojos (aros/lentes) o lentes de contacto 	<p>Usted no paga nada</p> <p>Usted no paga nada</p>		\$100 de asignación al año para adquirir 1 par de anteojos (aro/ lente) o lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Visita de terapia individual o grupal para paciente ambulatorio 	Usted paga \$10 de copago por visita.		
Centro de enfermería especializada	<p>Usted no paga nada por día para los días del 1 al 20.</p> <p>En los días del 21 al 100, usted paga \$275 de copago por día.</p>		<p><i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i></p> <p>Los planes cubren hasta 100 días por período de beneficios.</p>
Servicios de terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje	Usted paga \$40 de copago por visita.		
Ambulancia	Usted paga \$200 de copago por un viaje de ida.		<p>Se exonera si es hospitalizado. Con cobertura a nivel mundial.</p> <p><i>Se necesita una autorización para recibir servicios que no sean de emergencia con cobertura de Medicare.</i></p>
Transporte	No está cubierto		
Medicamentos de la Parte B de Medicare: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos para quimioterapia ○ Otros medicamentos de la Parte B 	<p>Usted paga 20% de coseguro.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro.</p>		<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)			
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios			
Fase 1: Deducible anual para medicamentos con receta	Usted paga \$150 de deducible por el nivel 4 y el nivel 5.		
Fase 2: Cobertura inicial (Después de pagar su deducible)	Proveedor minorista estándar (suministro para 31 días)		Orden por correo estándar (suministro para 90 días)

Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Marca no preferida Nivel 5: Nivel de especialidad	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: Brecha en la cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también conocida como “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. La brecha en la cobertura inicia después de que el costo anual de medicamentos total (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) llegue a \$3,820.</p> <p>Después de que entra a la brecha en la cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, para cualquier nivel de medicamento durante la brecha de cobertura.</p>	
Fase 4: Cobertura catastrófica	<p>Después de que sus costos de medicamentos de desembolso directo anuales (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por medio de pedido por correo) lleguen a \$5,100, usted paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 5% del costo del medicamento. o \$3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 por todos los demás medicamentos. 	
<p>Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo de la farmacia que elija, y cuando ingrese otra de las cuatro fases de los beneficios de la Parte D.</p> <p>Si usted vive en un centro de atención de largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>		

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que debe saber
Beneficios Adicionales		
Cuidados de salud a domicilio	Usted no paga nada	<p><i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i></p> <p>No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios de atención médica en el hogar proporcionada por</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que debe saber
		agencias con cobertura de Medicare.
Servicios de tratamiento para abuso de sustancias para paciente ambulatorio (Terapia individual y de grupo)	Usted paga \$10 de copago por visita.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
Equipo/suministros médicos ○ Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ○ Prótesis (p. ej. soportes, miembros artificiales)	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
Control de la diabetes ○ Suministros para el monitoreo de la diabetes ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Zapatos terapéuticos o plantillas	Usted no paga nada Usted no paga nada Usted no paga nada	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
Cuidado del pie ○ Examen y tratamiento del pie con cobertura de Medicare, si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con algunas condiciones ○ Cuidado del pie de rutina	Usted paga \$25 de copago por visita Usted no paga nada	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios ○ Rehabilitación cardíaca ○ Rehabilitación pulmonar	Usted paga \$40 de copago por visita. Usted paga \$30 de copago por visita.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>
Atención quiropráctica (manipulación manual de la columna para corregir la subluxación)	Usted paga \$20 de copago por visita.	36 visitas cada año.
Diálisis renal	Usted no paga nada	<i>Es posible que se necesite una autorización.</i>
Acupuntura y otras terapias alternativas	Usted paga \$45 de copago por tratamiento.	<i>Es posible que se apliquen reglas para su autorización.</i>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que debe saber
		4 tratamientos al año disponibles a través de CHRISTUS St. Vincent Holistic Health & Wellness Center.
Acondicionamiento físico	\$20 de asignación mensual para participar en un programa de acondicionamiento físico calificado, el reembolso es trimestral.	