



CCHP Senior Program (HMO)

2012

Resumen de beneficios

保障簡要

1 de enero, 2012 – 31 de diciembre, 2012

H0571

Sección I: Introducción al resumen de beneficios para

Gracias por su interés en el plan CCHP Senior Program (HMO). Nuestro plan es ofrecido por el Chinese Community Health Plan, una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) Medicare Advantage. En este Resumen de beneficios encontrará algunas de las características de nuestro plan. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, póngase en contacto con el plan CCHP Senior Program (HMO) y solicite la "Evidencia de cobertura".

Usted tiene opciones en su atención médica

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una de las opciones es el plan Original Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como el CCHP Senior Program (HMO). Es posible que también tenga otras opciones. Usted elige. Independientemente de su decisión, usted sigue en el programa de Medicare.

Usted puede afiliarse o dejar un plan solamente en ciertos momentos. Para obtener más información, póngase en contacto con el CCHP Senior Program (HMO) al número que figura al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Puede comparar el plan CCHP Senior Program (HMO) y el plan Original Medicare utilizando este resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes para la salud. Para cada beneficio puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Además, ofrecemos más beneficios, que pueden cambiar año a año.

¿Dónde está disponible el plan CCHP Senior Program (HMO)?

El área de servicios para este plan abarca: los condados de San Francisco y San Mateo* CA. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

Código postal	Ciudad	Código postal	Ciudad
94005	Brisbane	94067	San Bruno
94010	Burlingame	94080	South San Francisco

94011	Burlingame	94083	South San Francisco
94012	Burlingame	94096	San Bruno
94013	Daly City	94098	San Bruno
94014	Daly City	94099	South San Francisco
94015	Daly City	94128	San Francisco airport
94016	Daly City	94401	San Mateo
94017	Daly City	94402	San Mateo
94019	Half Moon Bay	94403	San Mateo
94030	Millbrae	94404	San Mateo
94031	Millbrae	94405	San Mateo
94037	Montara	94406	San Mateo
94038	Moss Beach	94407	San Mateo
94044	Pacifica	94408	San Mateo
94045	Pacifica	94409	San Mateo
94066	San Bruno	94497	San Mateo

* denota condado parcial

¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en el plan CCHP Senior Program (HMO)?

Usted puede afiliarse al plan CCHP Senior Program (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, y vive en el área de servicios. Sin embargo, las personas con enfermedad renal terminal, en general, no reúnen los requisitos para inscribirse en el plan CCHP Senior Program (HMO), salvo que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó la diálisis.

¿Puedo elegir a mis médicos?

El plan CCHP Senior Program (HMO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede utilizar aquellos médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar el Directorio de proveedores vigente si llama a nuestro número del servicio al cliente que aparece al final de esta introducción.

¿Qué sucede si visito a un médico que no está en la red?

Si usted elige visitar a un médico que no pertenece a nuestra red, debe pagar usted mismo esos servicios, excepto en ciertos casos (por ejemplo, atención de emergencia). Ni el plan ni Original Medicare pagarán por estos servicios.

¿Dónde puedo obtener mis medicamentos con receta si me inscribo en este plan?

CCHP Senior Program (HMO) ha formado una red de farmacias. Usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es probable que no paguemos sus medicamentos con receta si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitar nuestro sitio web en www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html. Nuestro número del servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

¿Cubre mi plan los medicamentos de la Parte B o la Parte D de Medicare?

El plan CCHP Senior Program (HMO) cubre tanto los medicamentos con receta de la Parte B como los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

¿Qué es un formulario de medicamentos con receta?

El plan CCHP Senior Program (HMO) utiliza un formulario. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. En forma periódica podemos agregar, eliminar, hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiar el monto que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros afiliados para llenar sus medicamentos con receta, informaremos a los afiliados afectados antes de implementar el cambio. Le enviaremos un formulario. También podrá acceder al formulario completo en nuestro sitio web www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html.

Si actualmente toma un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o que está sujeto a límites o requisitos adicionales, es posible que pueda obtener una dosis temporal de dicho medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción o cambiar a un medicamento alternativo que aparezca en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener una dosis temporal del medicamento o para conocer más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo obtener ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos con receta?

Usted podría obtener más ayuda para pagar primas y costos de medicamentos con recetas como así también ayuda con otros costos de Medicare. Para saber si es elegible para recibir ayuda adicional, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Consulte la sección 'Programs for People with Limited Income and Resources' (Programas para personas con recursos e ingresos limitados) en la publicación Medicare & You (Medicare y Usted) en el sitio web www.medicare.gov.
- A la Administración de la Seguridad Social al 1-800-772-1213 entre las 7 de la mañana y las 7 de la noche, de lunes a viernes. los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-325-0778; o
- a la Oficina de Medicaid de su estado.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los planes Medicare Advantage se comprometen a estar en el programa durante un año calendario completo por vez. Los beneficios del plan y la participación en los gastos cambian de año a año. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando en su Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (área geográfica en donde el plan acepta a los miembros) o elegir continuar únicamente en determinadas áreas. Además, Medicare puede decidir terminar un contrato con el plan. Si su plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar un año calendario adicional, debe enviarle una carta a usted, al menos, 90 días antes de que finalice la cobertura. En la carta se le explicará las opciones de cobertura de Medicare que usted tiene en su área.

Como miembro del plan CCHP Senior Program (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de la organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un producto o servicio, y el derecho a presentar un reclamo. Tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que le proporcionemos o le paguemos un producto o servicio que usted considera que debería estar cubierto. Si le negamos la cobertura del producto o servicio solicitado, usted tiene derecho a apelar y a solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una apelación o determinación de cobertura acelerada (rápida) si considera que la espera de una decisión podría poner su vida o su salud en grave peligro o afectar su capacidad de recuperarse al máximo. Si su médico realiza o apoya la solicitud acelerada, debemos acelerar nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red, que no esté relacionado con la cobertura de un producto o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a iniciar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para ver la información de contacto de QIO.

Como miembro de CCHP Senior Program (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un medicamento con receta y el derecho a interponer un reclamo. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que usted considera que debería estar cubierto. Una excepción es una clase de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que debería obtener un medicamento no preferido a un costo menor que paga de su bolsillo. También puede solicitar una excepción a las normas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener su medicamento con receta en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le negamos la cobertura de sus medicamentos con receta, usted tiene derecho a apelar y solicitarnos que examinemos nuestra decisión. Por último, usted goza del derecho de iniciar un reclamo si tiene cualquier clase de problema, con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red, que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, también tiene derecho a interponer un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por

sus siglas en inglés) para obtener la información de contacto de la QIO.

¿Qué es un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM)?

El Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio gratis que ofrecemos. Es posible que se lo inviten a participar en un programa diseñado para sus necesidades de farmacia y salud específicas. Usted puede decidir no participar, pero se recomienda que si lo eligen, aproveche al máximo de este servicio cubierto. Póngase en contacto con CCHP Senior Program (HMO) para obtener más información.

¿Qué tipos de medicamentos pueden tener la cobertura de la Parte B de Medicare?

Algunos medicamentos con receta para pacientes externos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare. Pueden incluirse, de manera no taxativa, los siguientes tipos de medicamentos. Póngase en contacto con CCHP Senior Program (HMO) para obtener más información.

- **Algunos antígenos:** si están preparados por un médico y administrados por una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- **Medicamentos para la osteoporosis:** medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres con Medicare.
- **Eritropoyetina (epoetina alfa o Epogen®):** por inyección, si padece enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Factores de coagulación para hemofilia:** factores de coagulación autoadministrados si tiene hemofilia.
- **Medicamentos inyectables:** la mayoría de los medicamentos inyectables administrados como parte del servicio de un médico.
- **Medicamentos inmunosupresores:** tratamiento con medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un seguro privado como pagador principal de la cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- **Algunos medicamentos orales contra el cáncer:** si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- **Medicamentos orales contra las náuseas:** si usted está bajo un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- **Medicamentos de infusión o inhalación proporcionados a través de DME.**

¿Dónde puedo obtener información acerca de las clasificaciones del plan?

El programa Medicare califica qué tan bien los planes prestan servicio en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones de pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas de la Web que se encuentran en www.medicare.gov y seleccionar "Health and Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) y luego "Compare Drug and Health Plans" (Comparar planes de medicamentos y de salud) para comparar las calificaciones del plan para planes de Medicare en su área. También puede llamarnos

directamente para obtener una copia de las calificaciones del plan para este plan específico. Nuestro número del servicio de atención al cliente se enumera al final.

Para obtener más información sobre el CCHP Senior Program (HMO), póngase en contacto con Chinese Community Health Plan.

Visítenos en www.cchphmo.com o llámenos:

Horario del Servicio al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado,
de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (888)-775-7888 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TTD (877)-681-8898).

Los miembros actuales pueden llamar dentro del área al (415)-834-2118 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TTD (877)-681-8898).

Los miembros potenciales pueden llamar dentro del área al (415)-955-8800 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TTD (877)-681-8898)

Los miembros actuales y los miembros potenciales pueden llamar sin cargo al (888)-775-7888 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TTD (877)-681-8898)

Los miembros actuales pueden llamar dentro del área al (415)-834-2118 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TTD (877)-681-8898)

Los miembros potenciales pueden llamar dentro del área al (415)-955-8800 si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TTD (877)-681-8898)

Para obtener más información sobre Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048. Pueden llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

O visite el sitio web www.medicare.gov.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como, por ejemplo, Braille, en letra grande u otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea el inglés. Para obtener más información, llame al servicio de atención al cliente a los números de teléfono que aparecen anteriormente.

此資料設有中文，英文，放大字體及其他版本。如有需要，請致電會員服務部索取有關資料。

Si tiene alguna pregunta sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con Chinese Community Health Plan para obtener más detalles.

Sección II: Resumen de beneficios

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – Prima y otra información importante</p>	<p>En 2011 la prima mensual de la Parte B de Medicare era de \$96.40 y es posible que cambie en 2012. El monto del deducible anual de la Parte B de Medicare era de \$162 y es posible que cambie en 2012.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, por lo general, sus costos son mayores, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>General Prima mensual del plan de \$35, además de la prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas de la Parte B y de la Parte D más altas debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Dentro de la red Límite de gastos que paga de su bolsillo de \$3,400.</p> <p>Se incluyen todos los servicios del plan.</p>
<p>2 – Elección de hospital y médico (Para obtener más información, consulte Emergencia - N° 15)</p>	<p>Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted debe consultar con los médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere remisión para hospitales</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
y Atención de Urgencia - N°16.)		y especialistas de la red (para ciertos beneficios).
RESUMEN DE BENEFICIOS		
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
<p>3 – Atención para pacientes internados en un hospital (Incluye servicios por abuso de sustancias tóxicas y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron: Días 1 a 60: Deducible de \$1132 Días 61 a 90: \$283 por día Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida Estos montos cambiarán en 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida sólo se pueden utilizar una vez.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que un período de beneficios haya finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados en un hospital por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>Dentro de la red No existen límites para el número de días cubiertos por el plan en cada estadía en el hospital.</p> <p>Para estadías en un hospital cubierto por Medicare: Días 1 a 6: Copago de \$270 por día Días 7 a 90: Copago de \$0 por día</p> <p>Copago de \$0 por cada día adicional en el hospital.</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>4 – Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron: Días 1 a 60: Deducible de \$1132 Días 61 a 90: \$283 por día Días 91 a 150: \$566 por día de reserva de por vida</p>	<p>Dentro de la red Obtiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para los 190 días de límite</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>Estos montos cambiarán en 2012.</p> <p>Límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico. Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para los 190 días de límite por vida solamente si se cumplen determinadas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un hospital general.</p>	<p>por vida solamente si se cumplen determinadas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un hospital general.</p> <p>Para estadías en un hospital cubierto por Medicare: Días 1 a 6: Copago de \$270 por día Días 7 a 90: Copago de \$0 por día El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 a 60: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p>
<p>5 – Centro de atención de enfermería especializada (SNF) (en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011 los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta en un hospital eran: Días 1 a 20: \$0 por día Días 21 a 100: \$141.50 por día Estos montos cambiarán en 2012.</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que un período de beneficios haya finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados en un hospital</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficio.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Para estadías en SNF: Días 1 a 20: Copago de \$0 por día Días 21 a 100: Copago de \$135 por día</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	por cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	
6 – Atención médica a domicilio (incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)	Copago de \$0	Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.
7 – Hospicio	Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes externos y de los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medicare.	General Debe recibir la atención en un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará su visita de consulta antes de usted que elija un hospicio.
ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS		
8 – Consultas en el consultorio médico	Coseguro del 20%	Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta con un médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$15 por cada consulta con un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
9 – Servicios de quiropráctica	<p>No se cubre la atención de rutina suplementaria</p> <p>Coseguro del 20% para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si lo realiza un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Las consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento o falta de alineación de una articulación o parte del cuerpo) si las realiza un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
10 – Servicios de podiatría	<p>No se cubre la atención de rutina suplementaria.</p> <p>Coseguro del 20% para la atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen los miembros inferiores.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>
11 – Atención psiquiátrica para pacientes externos	<p>Coseguro del 40% para la mayoría de los servicios psiquiátricos para pacientes externos.</p> <p>Un copago específico para servicios de programas de hospitalización parcial para pacientes externos proporcionados por un hospital o un centro de salud mental de la comunidad (CMHC). El copago no puede exceder la Parte A del deducible del hospital del paciente.</p> <p>“El programa de hospitalización</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por cada consulta de terapia individual a un psiquiatra</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico de pacientes externos activo que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del doctor o terapeuta y es una manera de hospitalización alternativa para los pacientes.</p>	<p>Copago de \$15 por cada consulta de terapia grupal cubierta por medicare a un psiquiatra</p> <p>Copago de \$0 por servicios de programas parciales de hospitalización cubiertos por Medicare</p>
<p>12 – Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$15 por consultas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 por consultas grupales cubiertas por Medicare.</p>
<p>13 – Cirugía/ Servicios para pacientes externos</p>	<p>Coseguro del 20% para el médico.</p> <p>Copago especificado para gastos del centro hospitalario para pacientes externos. El copago no puede exceder el deducible para paciente hospitalizado de la Parte A.</p> <p>Coseguro del 20% para gastos del centro quirúrgico para pacientes externos.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$195 a \$270 por cada consulta al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$195 a \$270 por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.</p>
<p>14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$150 los para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
<p>15 – Atención de emergencia (Usted puede asistir a una sala de emergencias si, en forma razonable, cree que necesita atención de emergencia).</p>	<p>Coseguro del 20% para servicios del médico.</p> <p>Copago especificado para servicios de emergencia en las instalaciones del hospital para pacientes externos.</p> <p>El copago de los servicios de emergencia no puede superar el deducible para pacientes internados en un hospital de la Parte A por cada servicio prestado por el hospital.</p> <p>No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si ingresa al hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los 3 días de la consulta en la sala de emergencias.</p> <p>No se cubre fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General Copago de \$50 para consultas en salas de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura mundial.</p> <p>Si ingresa en el hospital en el lapso de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias.</p>
<p>16 – Atención de urgencia (Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicios).</p>	<p>Copago del 20% o un copago establecido</p> <p>NO se cubre fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General Copago de \$15 en consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>17 – Servicios de rehabilitación para pacientes externos (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$25 en consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 para consultas de fisioterapia, y/o terapia del lenguaje y del habla cubiertas por Medicare.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
SUMINISTROS Y SERVICIOS MÉDICOS PARA PACIENTES EXTERNOS		
18 – Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Coseguro del 20%	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para productos cubiertos por Medicare.
19 – Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, prótesis para miembros y oculares, etc.).	Coseguro del 20%	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red 20% del costo para productos cubiertos por Medicare.
20 – Suministros y programas para la diabetes	Coseguro del 20% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes Coseguro del 20% para insumos para la diabetes Coseguro del 20% para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Copago de \$0 para: - Insumos de monitoreo para la diabetes - Zapatos o plantillas terapéuticas
21 – Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Coseguro del 20% para exámenes de diagnóstico y radiografías. Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarios indicados por el médico que lo atiende cuando los proporciona un laboratorio certificado según las reformas	General Es posible que se apliquen normas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: - servicios de laboratorio - procedimientos y exámenes de diagnóstico

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>federales de mejora de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se proveen para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechadas. Medicare no cubre el costo de la mayoría de las pruebas de detección de rutina, como el control de colesterol.</p>	<p>Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$100 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no se incluyen radiografías).</p> <p>Copago de \$0 para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p>
<p>22 - Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</p>	<p>Coseguro del 20% para los servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Esto se aplica a los servicios del programa proporcionados en el consultorio del médico. Costos compartidos específicos para los servicios del programa proporcionados por departamentos para pacientes externos de un hospital.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare - Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. - Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>23 – Servicios preventivos y programas educativos sobre bienestar</p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de la masa ósea Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si reúne ciertas afecciones médicas. 	<p>General Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare a costo compartido cero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal - Medición de la masa ósea - Prueba de detección cardiovascular

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección cardiovascular - Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Se cubren una vez cada 2 años. Se cubren una vez al año para las mujeres que tienen Medicare y que corren un riesgo alto. - Prueba de detección de cáncer colorrectal - Prueba de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B para las personas con Medicare que corran riesgos - Prueba de detección de VIH <p>Copago de \$0 para la detección de VIH, pero generalmente se paga un 20% del monto aprobado por Medicare de la consulta del médico.</p> <p>La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare, incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) - Medicare cubre las mamografías de control una vez cada 12 meses para todas las mujeres de 40 años o más que tienen Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Prueba de detección de cáncer colorrectal - Prueba de detección de diabetes - Vacuna contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Prueba de detección de VIH - Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) - Terapia médica nutricional - Servicios personalizados del plan de prevención (consultas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo - Prueba de detección de cáncer de próstata (análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) únicamente) - Programa para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) - Examen físico "Bienvenido a Medicare" (examen físico inicial preventivo) - La detección de VIH está cubierta para personas embarazadas o personas con mayor riesgo de infección que tienen Medicare,

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>Medicare cubre una mamografía inicial para las mujeres entre 35 y 39 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de terapia médica nutricional <p>El tratamiento nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero no se someten a diálisis ni han recibido un trasplante de riñón) con la remisión de un médico. Estos servicios pueden ser brindados por un nutricionista certificado y pueden incluir una evaluación y un asesoramiento nutricional para ayudarlo a controlar la diabetes o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios personalizados del plan de prevención (consultas anuales de bienestar) - Vacuna contra el neumococo Es posible que sólo necesite aplicarse la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Comuníquese con su médico para obtener más información. - Prueba de detección de cáncer de próstata <p>Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) únicamente Se cubren una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años que tienen Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar) <p>Cubierto con indicación médica.</p>	<p>incluida cualquier persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes programas educativos complementarios sobre bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos - Beneficios nutricionales - Sesiones adicionales para dejar de fumar - Clases de acondicionamiento físico y membresía del gimnasio - Línea directa de enfermería

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>Incluye dos tentativas de orientación dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico "Bienvenido a Medicare" (examen físico inicial preventivo). <p>Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, usted reunirá los requisitos para recibir los siguientes beneficios. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede obtener un examen "Bienvenido a Medicare" o una consulta de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede realizar una consulta de bienestar anual cada 12 meses.</p>	
<p>24 - Enfermedad renal y afecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 20% para diálisis renal. - Coseguro del 20% para servicios educativos sobre enfermedad renal 	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para diálisis renal</p> <p>Copago de \$0 para servicios educativos sobre enfermedad renal</p>
<p>25 – Medicamentos con receta para pacientes externos</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare. Puede agregar la cobertura para medicamentos con receta a Original Medicare si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura para medicamentos con receta, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare que ofrece cobertura para medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>General Deducible anual de \$0 para los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>General Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede acceder al formulario en nuestro sitio web</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p data-bbox="992 268 1528 338">www.cchphmo.com/drugbenefitseniorprogram.html.</p> <p data-bbox="992 380 1490 485">Pueden aplicarse costos diferentes que paga de su bolsillo para personas que:</p> <ul data-bbox="992 527 1490 779" style="list-style-type: none"> - tengan ingresos limitados, - vivan en centros de atención a largo plazo, o - tengan acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (Servicios de salud para indígenas). <p data-bbox="992 821 1507 1178">El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos con receta dentro de la red (es decir, incluidos los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costo compartido por sus medicamentos con receta si los obtiene en una farmacia dentro de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p data-bbox="992 1220 1528 1356">El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos pagado por usted y la Parte D del plan.</p> <p data-bbox="992 1398 1507 1545">El plan puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad.</p> <p data-bbox="992 1587 1523 1650">Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p data-bbox="992 1692 1516 1829">Su proveedor debe obtener autorización previa de GuildNet Gold (HMO-POS SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p data-bbox="992 1871 1516 1904">Debe acudir a ciertas farmacias para</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p>un número muy limitado de medicamentos, debido a requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores o instrucción de pacientes para estos medicamentos, que la mayoría de las farmacias de su red no puede cumplir. Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, el formulario y los materiales impresos, como así también en el Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare, en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto más alto del costo compartido.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento, y CCHP Senior Plan (HMO) aprueba la excepción, usted pagará el Nivel 2: Costo compartido para los medicamentos de marca para dicho medicamento.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Deducible de \$320 en todos los medicamentos excepto los de Nivel 1: Medicamentos genéricos.</p> <p>Cobertura inicial</p> <p>Después de que paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen \$2,930:</p> <p>Farmacia minorista</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel - Copago de \$20 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel - Copago de \$80 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago del 20% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Farmacia de atención a largo plazo</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$10 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel <p>Nivel 2: medicamentos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este nivel <p>Nivel 3: medicamentos especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 20% por el suministro para un mes (31 días) de los medicamentos de este

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p>nivel</p> <p>Pedidos por correo</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$20 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$80 por el suministro para tres meses (90 días) de los medicamentos en este nivel <p>Período sin cobertura</p> <p>Una vez que los costos totales anuales de los medicamentos alcanzan los \$2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas</p> <p>Una vez que el monto anual desembolsado por usted por medicamentos alcance los \$4,700, usted paga lo que sea mayor de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 5% - Un copago de \$2.60 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p>Fuera de la red</p> <p>Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar un costo superior al monto del costo compartido normal si obtiene medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y presentar la documentación para recibir un reembolso de CCHP Senior Program (HMO).</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red</p> <p>Después de que pague su deducible anual, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento, menos lo siguiente, por medicamentos adquiridos fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: medicamentos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$40 por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: medicamentos especializados</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 20% por el suministro para un mes (30 días) de los medicamentos de este nivel <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p>Período sin cobertura adicional fuera de la red Se le reembolsará hasta el 14% del costo permitido del plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que el total anual de costos de medicamentos que paga de su bolsillo alcance los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio de descuento para medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p>Cobertura fuera de la red en situaciones catastróficas Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$4,700, se le reembolsará por los medicamentos que compró fuera de la red hasta alcanzar el costo del medicamento del plan menos su costo compartido, la cantidad que sea superior entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coseguro del 5% o

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p>- Copago de \$2.60 para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo por farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>
26 – Servicios odontológicos	No se cubren los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas).	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red En general, no se cubren los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas). Sin embargo, este plan cubre los beneficios odontológicos preventivos por un costo extra (consulte "Beneficios opcionales").</p> <p>Copago de \$15 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>
27 – Servicios auditivos	<p>No se cubren los exámenes suplementarios auditivos de rutina y los audífonos.</p> <p>Coseguro de 20% para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red No se cubren los audífonos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$15 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. - Copago de \$15 para un examen suplementario auditivos de rutina por año
28 – Servicios oftalmológicos	Coseguro del 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas.	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos o lentes de

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
	<p>No se cubren los exámenes suplementarios oftalmológicos de rutina y los anteojos.</p> <p>Medicare cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Se cubre un examen anual de glaucoma para personas que se encuentran en riesgo.</p>	<p>contacto después de una cirugía de cataratas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un par de anteojos cada dos años como máximo; - copago de \$15 para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares; - copago de \$15 para un examen suplementario de la vista de rutina por año. <p>Límite de cobertura del plan de \$80 por año para lentes.</p>
Productos de venta libre	Sin cobertura.	<p>General El plan no cubre todos los medicamentos de venta libre.</p>
Transporte (rutina)	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red Este plan no cubre el transporte de rutina.</p>
Acupuntura	Sin cobertura.	<p>General Es posible que se apliquen normas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$15 por consulta.</p>
Paquete complementario opcional n.º 1		
Prima y otra información importante		<p>General Paquete: 1 – Plan odontológico: Prima mensual de \$14.60, además de la prima mensual del plan de \$35 y la prima mensual de la Parte B de Medicare, por los siguientes beneficios opcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio odontológico preventivo - Servicio odontológico integral
Servicios odontológicos		<p>General El plan ofrece beneficios odontológicos integrales adicionales.</p>

Categoría de beneficio	Original Medicare	CCHP Senior Program (HMO)
		<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes beneficios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 exámenes bucales por año. - hasta 2 limpiezas por año; - 1 radiografía dental cada tres años como máximo

Sección III: Información importante del plan

Chinese Community Health Plan

Chinese Community Health Plan (“CCHP”) es una organización para el mantenimiento de la salud (“HMO”) que tiene un contrato con Medicare. El CCHP fue originalmente fundado por la Chinese Hospital Association (Asociación de hospitales Chinos) en el año 1986 en San Francisco. Como una organización para el mantenimiento de la salud, nuestro objetivo es brindarle tranquilidad en cuanto a su cobertura de salud. Nosotros le ofrecemos cobertura en servicios, desde exámenes de rutina y servicios preventivos hasta cuidados intensivos.

CCHP tiene contrato con la Chinese Community Health Care Association (nuestro “grupo médico”) para brindar atención médica. Esta organización cuenta con más de 300 médicos que brindan atención en toda nuestra área de servicio en los condados de San Francisco y la zona norte del condado de San Mateo. Estos médicos incluyen médicos de atención primaria y una amplia variedad de médicos especialistas.

Para la atención hospitalaria, CCHP tiene contrato con los siguientes hospitales:

- En San Francisco: Chinese Hospital; St. Francis Memorial Hospital; California Pacific Medical Center; St. Mary’s Medical Center
- En San Mateo: Seton Medical Center

El plan también tiene contrato con otros hospitales para brindar servicios especializados.

Los miembros de CCHP eligen su propio médico de atención primaria de la lista de médicos de nuestro grupo médico que se encuentra en nuestro Directorio de proveedores. Con la amplia selección de médicos y consultorios, es fácil encontrar al médico adecuado para usted y para cada miembro de su familia. Cada médico está afiliado a uno o más de los hospitales que participan en CCHP.

El CCHP continúa con la tradición de ofrecer calidad y confianza que inició el Chinese Hospital desde que abrió sus puertas en el año 1925. Con CCHP, usted puede estar seguro de que, independientemente del lugar en donde viva dentro de nuestra área de servicio, recibirá la atención de calidad y la cobertura integral que CCHP ha ofrecido durante muchos años.

Beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos

Desde 2006, existe una nueva cobertura de medicamentos con receta de Medicare disponible para todas las personas que tienen Medicare. El plan CCHP Senior Program (HMO) incluye esta cobertura. Como miembros de CCHP Senior Program (HMO), usted tiene cobertura de medicamentos con receta de Medicare proporcionada por CCHP Senior Program (HMO) automáticamente.

Como miembro de CCHP, generalmente, deberá acudir a una farmacia de la red o a un centro de pedidos por correo para obtener sus medicamentos. Nos complace informarle que, en San Francisco, existen más de 100 farmacias en nuestra red.

En 2012, habrá un deducible de \$320 para los medicamentos con receta de marca y especializados para pacientes externos. Antes de que el costo total de medicamentos (que pagan usted y CCHP) alcance los \$2,930, sus copagos serán los siguientes para cada suministro de 30 días de medicamentos con receta para pacientes externos: \$10 para medicamentos genéricos del formulario o \$40 para medicamentos de marca del formulario o un coseguro del 20% para los medicamentos en el nivel de medicamentos especiales. Si alcanza el costo total de medicamentos de \$2,930 durante el año, no tendrá cobertura hasta que el costo total que paga de su bolsillo alcance los \$4,700. Después de que su costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga el 86% del costo del plan para todos los medicamentos genéricos, hasta que el costo anual de medicamentos que paga de su propio bolsillo alcance los \$4,700. Si usted alcanza este nivel de costo, la cobertura comenzará nuevamente con pagos menores. Usted pagará la cantidad que sea superior entre un copago de \$2.60 por un medicamento genérico del formulario (el copago por los medicamentos de marca considerados genéricos también es de \$2.60) y un copago de \$6.50 por un medicamento de marca del formulario o un coseguro del 5%. Ciertos medicamentos con receta tendrán límites máximos de cantidad. Para obtener otros medicamentos, debe obtener autorización previa del plan CCHP Senior Program (HMO). Para obtener más información, deberá comunicarse con CCHP. Los miembros de CCHP Senior Program (HMO) también pueden adquirir sus medicamentos con receta para pacientes externos por correo; esta opción le permite ahorrar dinero en medicamentos de mantenimiento; en la tabla de beneficios se describen los copagos correspondientes a pedidos por correo.

En 2012, el CCHP Senior Program (HMO) tendrá un formulario. El formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si el formulario cambia durante el curso de año, se le notificará por escrito antes de que dicho cambio entre en vigencia. Los medicamentos se clasifican como genéricos, de marca o especiales. Los medicamentos genéricos se producen y venden bajo sus nombres químicos, mientras que los medicamentos de marca se producen y venden bajo el nombre de la marca del fabricante original. Los medicamentos especiales incluyen aquellos que son inyectables. Si bien los medicamentos genéricos son menos costosos, son similares a los medicamentos de marca en cuanto a calidad y eficacia. Algunos medicamentos de marca tienen un equivalente genérico y otros no.

Si su médico le receta un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, usted obtendrá el medicamento genérico. Si decide recibir el medicamento de marca correspondiente, deberá pagar el copago para dicho medicamento. Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirle al plan que haga una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De modo similar que con otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar la receta tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se aprueben las excepciones. Entonces consideraremos su solicitud.

Algunos medicamentos requieren autorización previa del plan CCHP. Esto ocurre si el medicamento está cubierto por el protocolo clínico denominado "tratamiento escalonado", que CCHP administra

para el caso de algunas afecciones médicas crónicas. Conforme a este programa, se alienta a los médicos y miembros a utilizar medicamentos de tratamiento de primera línea, que son clínicamente apropiados y pueden ser medicamentos de menor costo. Si el medicamento de tratamiento de primera línea no produce el resultado que el miembro y el médico desean, existen medicamentos de tratamiento de segunda línea disponibles. Si el médico considera que usted debería obtener un medicamento de tratamiento de segunda línea sin intentar primero con el medicamento de tratamiento de primera línea, deberá obtener autorización previa del CCHP.

Recuerde que, si tiene alguna pregunta acerca de su CCHP Senior Program (HMO) de 2012, puede comunicarse con el Servicio al cliente de CCHP al 415-834-2118 (Chino e inglés) o llamar sin cargo al 888-775-7888, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a domingos (TTY/TTD 1-877-681-8898 para personas con problemas auditivos).



CCHP Senior Program (HMO)

www.cchphmo.com