

RESUMEN DE BENEFICIOS

2020 Devoted Health HMO Plan

Devoted Health Palm Beach (HMO) Plan
Palm Beach Condado

HMO Plan

Resumen de beneficios

El Resumen de los beneficios le ofrece más información sobre nuestro plan Devoted Health Palm Beach (HMO), como algunos de los costos para usted y algunos de los servicios por los que pagamos. Devoted Health ofrece planes HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

Pudiera parecer muy largo, pero no llega a detallar todo lo que se cubre o lo que se deja de cubrir. Si necesita averiguar detalles más específicos, usted puede consultar la **Evidencia de cobertura** del plan. Simplemente llámenos al 1-800-395-4538 (TTY 711) y solicite una. También la puede encontrar en línea en www.devoted.com.

Este Resumen de beneficios es para planes que van desde el 1ero de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2020.

Para unirse a Devoted Health Palm Beach (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 para este plan incluye los siguientes condados: Palm Beach. Ofrecemos planes adicionales en otros condados.

¿Necesita ayuda?

Llame al 1-800-395-4538 (TTY 711)

Estamos aquí de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm (del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm). También puede visitarnos en línea en www.devoted.com.

¿Cómo sé que medicamentos con receta cubre Devoted?

Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos con receta que cubrimos, visite www.devoted.com para ver nuestras listas de medicamentos. O, puede llamarnos y le enviaremos por correo una copia de nuestro formulario.

¿Cómo puedo saber si mis médicos y farmacias están en el plan de Devoted?

Para obtener la lista más actualizada de médicos y farmacias de nuestra red, visite www.devoted.com. O llámenos. Le podemos enviar por correo un directorio o buscar por usted.

¿Cómo puedo conocer más sobre Medicare Original?

Si tiene interés sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise el manual Medicare & You más reciente. Si no tiene uno, usted puede:

Visitar medicare.gov y buscar el manual Medicare & You.

Pedir a Medicare una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) cualquier día, a cualquier hora. Los usuarios de TTY pueden marcar 1-877-486-2048.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios para miembros al 1-800-395-4538 (TTY 711).

Entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios incluida en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente en lo que se refiere a servicios rutinarios para los que visita al médico. Visite www.devoted.com o llame al 1-800-395-4538 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse que los médicos que usted visita están en la red. De no estar incluidos, significa que probablemente deberá seleccionar a un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que utiliza para surtir sus medicamentos recetados está en la red. Si la farmacia no está incluida, significa que probablemente deberá seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.

Conozca las reglas importantes

- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/ coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).

Prima mensual, deducibles y límites

Prima mensual

\$0

Debe continuar pagando su prima de la Parte B.

Deducible médico

Este plan no tiene un deducible.

Deducible de farmacia (Parte D)

Este plan no tiene un deducible.

Responsabilidad de cantidad máxima de desembolso personal

\$3,400

Esto es lo máximo que pagará por copagos, coseguro, y otros costos de servicios médicos y medicamentos cubiertos por la Parte B durante el año del plan. Lo que pague de desembolso personal por medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a este monto.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Cobertura de hospital para pacientes internados

Del día 1 al 9

\$50 de copago por día

Se puede requerir autorización previa y referido.

Día 10+

\$0 de copago

Cobertura de hospital ambulatorio

Se puede requerir autorización previa y referido.

Cirugía para paciente ambulatorio en un Centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés)

\$50 de copago

Cirugía para paciente ambulatorio en un ambiente de hospital ambulatorio

\$100 de copago

Servicios de hospital ambulatorio

\$100 de copago

Estadías para observación

\$50 de copago

Visitas al médico

Se requiere un referido por parte de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para ver un especialista.

Proveedor de atención primaria

\$0 de copago

Especialista

\$10 de copago

Atención preventiva

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo alguno cuando usted consulta a un proveedor de la red, incluyendo:

- Examen de aneurisma aórtico-abdominal
- Asesoramiento contra el abuso del alcohol
- Medición de la masa ósea (densidad de los huesos)
- Examen de cáncer de mama (Mamograma)
- Enfermedad cardiovascular (Terapia conductual)
- Exámenes cardiovasculares
- Exámenes de cáncer cervical y vaginal
- Exámenes de cáncer colorectal (colonoscopia, prueba de sangre en heces, sigmoidoscopia flexible, Cologuard)
- Examen de depresión
- Examen de diabetes
- Examen de VIH
- Servicios de terapia médica nutricional
- Examen de obesidad y asesoría
- Exámenes de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)
- Examen y asesoría en materia de enfermedades de transmisión sexual
- Asesoría para dejar de fumar (asesoría a personas sin señales de padecer enfermedad relacionada con el tabaquismo)
- Vacunas con cobertura de beneficios médicos incluyendo vacunas contra la influenza, hepatitis B, neumococos
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)
- Consulta anual de bienestar
- Examen de cáncer de pulmón
- Examen físico de rutina
- Capacitación para auto-gestión de diabetes
- Exámenes para detección de glaucoma
- Exámenes para detección de Hepatitis C

Será cubierto cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.

Atención de emergencia

\$90 de copago

Si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención médica en casos de emergencia.

Servicios que se necesitan con urgencia

\$0 de copago

Los servicios que se necesitan con urgencia son proporcionados para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, las cuales requieren cuidado médico inmediato.

Atención y servicios ambulatorios

Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes

Se puede requerir autorización previa y referido.

Servicios de imágenes avanzadas (Radiología de diagnóstico)

\$25 de copago en una oficina o localidad independiente

\$150 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Servicios de laboratorio

\$0 de copago en una oficina o localidad independiente

\$25 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago en una oficina o localidad independiente

\$50 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Rayos X y Ultrasonido para paciente ambulatorio

\$0 de copago en una oficina o localidad independiente

\$50 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Radioterapia

\$25 de copago en una oficina o localidad independiente

\$60 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Servicios de la audición

Atención auditiva

Atención auditiva cubierta por Medicare
\$10 de copago

Exámenes del oído rutinarios
\$0 de copago — 1 visita por año

Equipamiento y evaluación de audífonos
\$0 de copago — 1 visita por año

Audífonos

\$1,200 beneficio — \$600 máximo por oído por año

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$10 de copago

Se puede requerir autorización previa y referido.

Servicios dentales preventivos

Exámenes orales periódicos
\$0 de copago

Evaluación oral integral
\$0 de copago

Limpiezas
\$0 de copago

Rayos X (de mordida, intraoral, y panorámica)
\$0 de copago

Servicios dentales integrales

Devoted Health pagará hasta \$1,000 por año por servicios dentales integrales. Existen algunas limitaciones. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan para obtener más detalles. Se puede requerir autorización previa y referido.

Empastes

\$0 de copago

Alisado y raspado radicular

\$0 de copago

Extracciones simples

\$0 de copago

Tratamiento paliativo (Emergencia)

\$0 de copago

Dentaduras

\$0 de copago

Coronas

50% de coseguro

Tratamientos de conducto

50% de coseguro

Servicios complementarios

\$0 de copago

Servicios de la vista

Atención de la vista cubierta por Medicare

\$10 de copago

Se puede requerir autorización previa y referido.

Examen de la vista rutinario

Examen de la vista para diabéticos

\$0 de copago

Pruebas de detección de glaucoma

\$0 de copago

Examen de la vista rutinario

\$0 de copago — 1 visita por año

Anteojos

Hasta \$250 cada año para anteojos y lentes de contacto
Ajuste de lentes de contacto cubierto sin costo adicional.

Cuidados y servicios adicionales para pacientes ambulatorios

Servicios de salud mental

Se puede requerir autorización previa para pacientes internos.

Atención de salud mental para pacientes internados Del día 1 al 9

\$50 de copago por día

Día 10+

\$0 de copago

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios

\$10 de copago

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

Se puede requerir autorización previa y referido. No se requiere hospitalización previa.

Del día 1 al 20

\$0 de copago

Del día 21 al 65

\$75 de copago por día

Del día 66 al 100

\$0 de copago

Terapia física

Se puede requerir autorización previa y referido.

\$10 de copago en una oficina o localidad independiente

\$40 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Ambulancia

\$200 de copago

Se puede requerir autorización previa para atención médica en casos que no sean de emergencia.

Transporte

\$0 de copago — ilimitados traslados

Beneficios de medicamentos con receta

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Se puede requerir autorización previa y referido.

Medicamentos para quimioterapia

20% de coseguro

Medicamentos genéricos utilizados con un nebulizador

\$0 de copago

Otros medicamentos de la Parte B

20% de coseguro

Medicamentos con receta
Deducible de farmacia (Parte D)

Este plan no tiene un deducible.

Etapas de cobertura inicial

Usted paga copagos o coseguros hasta que los costos anuales totales de medicamentos alcancen \$4,020. Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por Devoted Health.

Suministro de 30 días en farmacia minorista de la red

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y la fecha de ingreso a una fase nueva de beneficios de la Parte D.

Nivel 1: Genérico preferido

\$0 por receta

Nivel 2: Genérico

\$0 por receta

Nivel 3: Marcas preferidas

\$20 por receta

Nivel 4: Medicamentos no preferidos

\$95 por receta

Nivel 5: Especialidad

33% del total de los costos

Suministro de 90 días con pedido por correo de la red

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y la fecha de ingreso a una fase nueva de beneficios de la Parte D.

Nivel 1: Genérico preferido

\$0 por receta

Nivel 2: Genérico

\$0 por receta

Nivel 3: Marcas preferidas

\$40 por receta

Nivel 4: Medicamentos no preferidos

\$285 por receta

Nivel 5: Especialidad

33% del total de los costos

Medicamentos para disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés)

Sildenafil (Viagra genérica) está cubierta como un medicamento de Nivel 2. Tiene cubierto hasta 6 pastillas al mes (un máximo de 72 pastillas por año).

Información adicional acerca de medicamentos con receta

Si recibe Ayuda adicional de Medicare, sus costos por medicamentos con receta pueden ser menores que los costos compartidos indicados en este folleto. Usted paga lo que sea menor.

Los beneficiarios de Medicare que reciben asistencia de Medicaid o del programa de Beneficiarios Calificados de Medicare patrocinado por el estado puede que no paguen nada por servicios cubiertos de Medicare. Debe cumplir ciertas condiciones de ingreso y recursos para ser elegible.

Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que una farmacia minorista estándar.

Período sin cobertura o ‘interrupción de cobertura’

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un Período sin cobertura o con “interrupción de cobertura”. Esto significa que existe un cambio temporal en el que usted pagará por sus medicamentos. Este Período sin cobertura comienza después de que los costos totales anuales de medicamentos (que incluye lo que Devoted Health ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,020. Tenga en cuenta que no todos entrarán al Período sin cobertura. Para el año del plan 2020, durante el período sin cobertura, usted aún pagará \$0 por medicamentos en los niveles 1 - 2, y 25% del total de los costos por medicamentos en niveles más altos hasta alcanzar el total de \$6,350 de desembolso personal.

Cobertura catastrófica

Costos anuales de desembolso personal de medicamentos

Después de alcanzar un costo anual de desembolso personal de medicamentos de \$6,350, usted paga el mayor de:

5% del costo

— 0 —

Medicamentos genéricos o medicamentos que se tratan como genéricos

\$3.60

Medicamentos de marca cubiertos

\$8.95

Devoted Health paga el resto de los costos.

Beneficios adicionales

Diálisis

20% de coseguro

Se puede requerir autorización previa y referido.

Atención de los pies (Servicios de podología)

Especialista
\$10 de copago

Atención de los pies rutinaria
\$10 de copago — servicios ilimitados

Atención médica en el hogar

\$0 de copago

Se puede requerir autorización previa y referido.

El cuidado de salud en el hogar se limita a servicios cubiertos por Medicare.

Las infusiones hechas en casa quedarán cubiertas sin costo alguno para usted.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Se puede requerir autorización previa y referido. Solo se cubren equipos de ciertas marcas y fabricantes. Contáctenos para obtener detalles.

Medicare básico - productos DME cubiertos

20% de coseguro

Medicare avanzado - productos DME cubiertos (indicados abajo)

20% de coseguro

- Ventilador cubierto por Medicare
- Estimulador de crecimiento óseo
- Concentrador de oxígeno portátil
- Equipo bariátrico
- Camas especiales
- Sillas de rueda o sillas de rueda motorizadas personalizadas o especiales
- Asientos elevables
- Artículos de marca especiales
- Chalecos de compresión torácica de alta frecuencia
- Bomba de infusión para manejo del dolor

Suministros de monitoreo de diabetes

Se puede requerir Autorización previa.

Cubrimos productos de estos fabricantes como monitores de glucosa en la sangre y tiras reactivas:

- Abbott
- Ascenia/Bayer
- J&J Lifescan
- Roche

Cubrimos el siguiente Monitor continuo de glucosa (MCG):

- Freestyle Libre CGM

Suministros para monitorear la glucosa en su sangre

\$0 de copago

Servicios de rehabilitación

Se puede requerir autorización previa y referido.

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

\$15 de copago

Terapia física, ocupacional y del habla

\$10 de copago en una oficina o localidad independiente

\$40 de copago en un ambiente de hospital ambulatorio

Servicios para uso de sustancias

\$10 de copago

Más beneficios con su plan

Medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)

\$75 por mes

Los artículos elegibles se encuentran en el catálogo de OTC. Los artículos que no aparecen en el catálogo de OTC no se cubren de acuerdo con el beneficio de OTC.

Acondicionamiento físico

SilverSneakers: Devoted Health cubre el costo total de este beneficio.

Devoted Health Wellness Bucks: Devoted Health le reembolsará hasta \$150 por año por participar o comprar uno o más de lo siguiente:

1. Comprar un Apple Watch® que registra el número de pasos y el ritmo cardíaco
2. Participar en clases educativas de acondicionamiento físico como Yoga, Pilates, Zumba, Tai Chi, Crossfit, aeróbicos/ clases grupales de acondicionamiento, fortalecimiento muscular, clases de spinning, entrenamiento personal (impartido por un instructor autorizado), etc.
3. Tarifas de programas para perder peso tales como Jenny Craig, Weight Watchers, o programas para perder peso en hospitales.

Acupuntura

\$0 de copago — hasta 12 visitas por año

Debe utilizar a un proveedor de la red

Comidas

Después de una estadía como paciente internado o en un Centro de enfermería especializada

\$0 de copago

El beneficio posterior a que le den de alta se puede usar hasta 4 veces por año calendario.

Cuidado quiropráctico rutinario

\$10 de copago — 6 visitas por año

Equipo de seguridad para el baño

20% de coseguro

Dispositivo personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)

\$0 de copago

Pelucas por la pérdida del cabello relacionada con la quimioterapia

Devoted Health le reembolsará hasta \$500 cada año del plan por la compra de pelucas por la pérdida del cabello relacionada con la quimioterapia.

Necesita un referido para recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores. Ciertos procedimientos, servicios o medicamentos pueden necesitar aprobación anticipada por parte de Devoted Health. Esto se denomina “autorización previa” o “preautorización”. Contáctese con su PCP o consulte la Evidencia de cobertura para servicios que requieren autorización previa por parte de Devoted Health.

Esta información no incluye la descripción completa de beneficios. Llame al 1-800-395-4538 (TTY 711) para obtener más información. Devoted Health es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Devoted Health depende de la renovación del contrato. SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2019 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

H1290_20S34_M