

Select Health Medicare[®]

Resumen de Beneficios

- Select Health Medicare Essential (HMO) 001
- Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007
- Select Health Medicare No Rx (HMO) 016
- Select Health Medicare Choice (PPO) 018
- Select Health Medicare Essential (HMO) 017
- Select Health Medicare Kroger (HMO) 022
- Select Health Medicare Classic (HMO) 002

El Resumen de Beneficios tiene el propósito de ayudarlo a entender lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

¿Quién puede afiliarse a Select Health Medicare (HMO, PPO)?

Para afiliarse, debe estar inscrito en la Parte A y Parte B de Medicare y vivir en una de nuestras áreas de servicio.

Los siguientes condados de Utah e Idaho están incluidos en nuestras áreas de servicio: Los condados de Box Elder, Cache, Davis, Duchesne, Garfield, Grand, Iron, Juab, Millard, Morgan, Piute, Rich, Salt Lake, Sanpete, Sevier, Summit, Tooele, Uintah, Utah, Wasatch, Washington, Wayne y Weber en Utah, o el condado de Franklin en Idaho.

¿Qué es una HMO?

Un plan Medicare Advantage HMO tiene una red establecida de médicos, proveedores y hospitales donde debe recibir atención, excepto atención de emergencia y atención de urgencia fuera del área.

¿Qué es una PPO?

Un plan Medicare Advantage PPO tiene una red de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica que puede usar. También tiene la flexibilidad de usar proveedores fuera de la red para los servicios cubiertos, generalmente a un costo más alto.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Nuestros planes están en la red de Select Health Medicare. Incluye una amplia variedad de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red y no es una atención de urgencia o emergencia, puede que el plan no pague por estos servicios. Puede ver nuestros directorios de proveedores y farmacias más actualizados en nuestro sitio web: selecthealth.org/medicare. O, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “*Medicare y usted*”. Véalo por internet en medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo contactarnos

Llámenos al teléfono gratuito 855-442-9940 (TTY: 711) o visite selecthealth.org/medicare.

Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cerrado los fines de semana.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.



Select Health Medicare Essential (HMO)

H1994_001

Condados de Box Elder, Cache, Davis, Franklin (ID), Morgan, Rich, Salt Lake, Summit, Tooele, Utah, Wasatch y Weber en Utah.

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$0
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$5,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 5	\$410 de copago
Días 6+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$350 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$250 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista	\$15 de copago
No requerimos referencias.	
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$35 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$350 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$200 de copago

Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$15 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$299 a \$1,799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$20 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$1,500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$20 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 5	\$350 de copago
Días 6 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual	\$25 de copago
Terapia grupal	\$25 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$25 de copago
Terapia grupal	\$20 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$15 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$280 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Insulina	
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$25 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$25 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro

Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B. Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro 0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	\$95 de asignación por trimestre
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 55	\$203 de copago
Días 56 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$15 de copago
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$360 por año

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Essential (HMO) 001

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial después de que haya alcanzado un deducible anual de farmacia de \$100 ó cuando esté surtiendo un medicamento de Nivel 1 o 2.

El deducible de farmacia de \$100 no aplica a los medicamentos de Nivel 1 y 2.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$5,030**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

COSTOS COMPARTIDOS	\$0		\$100	
	COSTO COMPARTIDO MINORISTA		COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Niveles 1 y 2	\$0		\$100	
Niveles 3, 4 y 5	\$100		\$100	
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$6 \$18		\$0 \$0	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 \$141		\$47 \$141	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100 \$300		\$100 \$300	
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	31% de coseguro N/A		31% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Algunos medicamentos recetados para la diabetes de los Niveles 1 y 2 están cubiertos mediante el intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Cobertura dental

Este plan cubre servicios dentales preventivos, básicos y complejos **sin costo adicional**.

Beneficio de venta libre (OTC)

Reciba **\$95** por trimestre (\$380 al año) en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Prótesis auditivas

Clínicas de audición, equilibrio y audiología de Intermountain Health

Cubrimos evaluaciones de equilibrio y audición de diagnóstico bajo el copago de su plan, así como ciertas prótesis auditivas compradas a través de un proveedor de audiología de Intermountain dentro de la red. Las prótesis auditivas están disponibles en cinco niveles:

Nivel 1 - Económico | \$299

Nivel 2 - Esencial | \$639

Nivel 3 - Estándar | \$949

Nivel 4 - Avanzado | \$1,299

Nivel 5 - Premium | \$1,799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$360 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Select Health Medicare Enhanced (HMO)

H1994_007

Condados de Box Elder, Cache, Davis, Franklin (ID), Morgan, Rich, Salt Lake, Summit, Tooele, Utah, Wasatch y Weber en Utah.

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$48
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$4,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 4	\$350 de copago
Días 5+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$300 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$200 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista No requerimos referencias.	\$10 de copago
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$35 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$300 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago

Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$150 de copago
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$10 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$299 a \$1,799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$20 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2000
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen ocular de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$20 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 4	\$350 de copago
Días 5 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual	\$20 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$20 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando. Hasta 20 visitas por año	\$10 de copago
Servicios de acupuntura adicionales Hasta 20 visitas por cualquier enfermedad	\$20 de copago
Ambulancia*	\$250 de copago
Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	
Atención quiropráctica*	\$20 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro
Insulina	
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	\$20 de copago
Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$20 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care	\$0 de copago
Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta*	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	

Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	0-20% de coseguro
Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B.	
Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC)	\$95 de asignación por trimestre
Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 90 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago
Diálisis renal	20% de coseguro
Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	
Centro especializado de enfermería (SNF)*	
Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 50	\$203 de copago
Días 51 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$10 de copago
Transporte* (de rutina)	\$0 de copago por 24 viajes de ida
Se requiere autorización previa para los servicios de transporte no de emergencia.	
Bienestar a su manera	\$500 por año
Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial después de que haya alcanzado un deducible anual de farmacia de \$50 ó cuando esté surtiendo un medicamento de Nivel 1 o 2.

El deducible de farmacia de \$50 no aplica a los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$5,030**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

COSTOS COMPARTIDOS	COSTO COMPARTIDO MINORISTA		COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Niveles 1 y 2	\$0			
Niveles 3, 4 y 5	\$50			
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$6 \$18		\$6 \$18	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 \$141		\$47 \$141	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100 \$300		\$100 \$300	
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	32% de coseguro N/A		32% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Todos los medicamentos recetados de Nivel 1 están cubiertos durante el Intervalo en la cobertura.

Algunos medicamentos recetados para la diabetes del Nivel 2 están cubiertos durante el Intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Cobertura dental

Este plan cubre la atención dental integral y preventiva **sin costo adicional**.

Beneficio de venta libre (OTC)

Reciba **\$95** por trimestre (\$380 al año) en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Prótesis auditivas

Clínicas de audición, equilibrio y audiología de Intermountain Health

Cubrimos evaluaciones de equilibrio y audición de diagnóstico bajo el copago de su plan, así como ciertas prótesis auditivas compradas a través de un proveedor de audiología de Intermountain dentro de la red. Las prótesis auditivas están disponibles en cinco niveles:

Nivel 1 - Económico | \$299

Nivel 2 - Esencial | \$639

Nivel 3 - Estándar | \$949

Nivel 4 - Avanzado | \$1,299

Nivel 5 - Premium | \$1,799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$500 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Select Health Medicare No Rx (HMO)

H1994_016

Condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber en Utah.

Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$0
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$6,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 5	\$360 de copago
Días 6+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$350 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$250 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista	\$40 de copago
No requerimos referencias.	
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$30 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$350 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$150 de copago

Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$40 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$299 a \$1,799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$40 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$1,500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$40 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicios de salud mental	
Días 1 a 5	\$360 de copago
Días 6 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual	\$25 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$25 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago
Servicios de acupuntura* (cubiertos por Medicare)	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$20 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$250 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$40 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$40 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro
Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia, insulina para el uso con bombas de insulina y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B.	0-20% de coseguro
Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	\$75 de asignación por trimestre

Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año
Reducción de la prima de la Parte B	Hasta \$50 de descuento
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 55	\$203 de copago
Días 56 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$40 de copago
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$240 por año

*El servicio puede requerir autorización previa.

Select Health Medicare Choice (PPO)

H2246_018

Condados de Box Elder, Cache, Davis, Franklin (ID), Iron, Morgan, Rich, Salt Lake, Summit, Tooele, Utah, Wasatch, Washington y Weber en Utah.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Monto de la prima	\$0	
Deducible médico	\$0	
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$5,700	\$9.550 combinado con el máximo de gastos de bolsillo del miembro de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.		
Días 1 a 5	\$420 de copago	30% de coseguro
Días 6+	\$0 de copago	30% de coseguro
Cobertura para centros ambulatorios*		
Cirugía como paciente ambulatorio	\$360 de copago	30% de coseguro
Centro quirúrgico ambulatorio	\$260 de copago	30% de coseguro
Visitas al consultorio del médico		
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	30% de coseguro
Especialista No requerimos referencias.	\$20 de copago	30% de coseguro
Atención preventiva		
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$35 de copago	\$35 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago	30% de coseguro
Colonoscopia de diagnóstico	\$360 de copago	30% de coseguro

Servicios de laboratorio	\$0 de copago	30% de coseguro
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	30% de coseguro
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$200 de copago	30% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro	30% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios de audición		
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$20 de copago	30% de coseguro
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago	30% de coseguro
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican a los gastos de bolsillo máximos anuales de los miembros.	\$499 a \$799 de copago	Sin cobertura
Servicios dentales*		
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica. Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$25 de copago	30% de coseguro
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$1,500	combinado dentro de la red
Servicios dentales básicos	\$0 de copago	10% de coseguro
Servicios dentales complejos	\$0 de copago	10% de coseguro
Servicios para la vista		
Examen ocular de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago	\$35 de reembolso por EyeMed
Examen ocular relacionado con problemas	\$25 de copago	30% de coseguro
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago	\$35 de reembolso por EyeMed
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago	
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación	\$200 de reembolso por EyeMed
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*		
Días 1 a 5	\$370 de copago	30% de coseguro
Días 6 a 90	\$0 de copago	30% de coseguro
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		
Terapia individual	\$25 de copago	30% de coseguro
Terapia grupal	\$15 de copago	30% de coseguro
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago	30% de coseguro

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)		
Terapia individual	\$25 de copago	30% de coseguro
Terapia grupal	\$15 de copago	30% de coseguro
Servicios de acupuntura*		
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$20 de copago	30% de coseguro Los límites se combinan para los beneficios dentro y fuera de la red.
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$225 de copago	\$225 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago	30% de coseguro
Beneficios específicos para la diabetes		
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago	30% de coseguro
Examen ocular de rutina	\$0 de copago	\$35 de reembolso por EyeMed
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago	30% de coseguro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos a través de la brecha	N/A
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago	N/A
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro	30% de coseguro
Insulina		
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago	N/A
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes	30% de coseguro
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$30 de copago	30% de coseguro
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$30 de copago	30% de coseguro Los límites se combinan para los beneficios dentro y fuera de la red.
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago	30% de coseguro
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare	Sin cobertura

Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago	N/A
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago	N/A
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)	N/A
Equipos médicos y suministros		
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago	30% de coseguro
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro	30% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro	30% de coseguro
Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B. Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro	30% de coseguro
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes \$75 de asignación por trimestre	30% de coseguro N/A
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año	N/A
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)		
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$30 de copago	30% de coseguro
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago	30% de coseguro
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro	30% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.		
Días 1 a 20	\$0 de copago	30% de coseguro
Días 21 a 55	\$203 de copago	30% de coseguro
Días 56 a 100	\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de telemedicina		
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	30% de coseguro
Consulta de telemedicina con un especialista	\$20 de copago	30% de coseguro
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$260 por año	N/A

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Choice (PPO) 018

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial después de que haya alcanzado un deducible anual de farmacia de \$100 ó cuando esté surtiendo un medicamento de Nivel 1 o 2.

El deducible de farmacia de \$100 no aplica a los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$5,030**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

COSTOS COMPARTIDOS	\$0		\$100	
	COSTO COMPARTIDO MINORISTA		COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Niveles 1 y 2	\$0		\$0	
Niveles 3, 4 y 5	\$100		\$100	
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$18	\$0	\$0
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	31% de coseguro N/A		31% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Algunos medicamentos recetados para la diabetes de los Niveles 1 y 2 están cubiertos mediante el intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Cobertura dental

Este plan cubre la atención dental integral y preventiva **sin costo adicional**.

Beneficio de venta libre (OTC)

Reciba **\$75** por trimestre (\$300 al año) en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Prótesis auditivas

TruHearing

Nosotros cubrimos las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio bajo el copago de su plan, siempre y cuando visite a un proveedor dentro de la red y la evaluación se lleve a cabo en un entorno ambulatorio. Las prótesis auditivas están disponibles en dos niveles:

Nivel 1 - Avanzado | \$499

Nivel 2 - Premium | \$799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$260 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Select Health Medicare Essential (HMO)

H1994_017

Condados de Iron, Sanpete, Sevier y Washington en Utah.

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$0
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$5,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 4	\$475 de copago
Días 5+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$400 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$300 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista No requerimos referencias.	\$15 de copago
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$30 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$400 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$200 de copago

Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$15 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$499 a \$799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$20 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$1,500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$20 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 4	\$465 de copago
Días 5 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual	\$20 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$20 de copago
Terapia grupal	\$15 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$15 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$300 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro
Insulina	
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$20 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$20 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro

Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B. Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro 0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	\$80 de asignación por trimestre
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 55	\$203 de copago
Días 56 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$15 de copago
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$260 por año

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Essential (HMO) 017

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial después de que haya alcanzado un deducible anual de farmacia de \$200 ó cuando esté surtiendo un medicamento de Nivel 1 o 2.

El deducible de farmacia de \$200 no aplica a los medicamentos de Nivel 1 y 2.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$5,030**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

COSTOS COMPARTIDOS	COSTO COMPARTIDO MINORISTA		COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Niveles 1 y 2	\$0			
Niveles 3, 4 y 5	\$200			
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$15	\$45	\$0	\$0
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	29% de coseguro N/A		29% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Algunos medicamentos recetados para la diabetes de los Niveles 1 y 2 están cubiertos mediante el intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Cobertura dental

Este plan cubre la atención dental integral y preventiva **sin costo adicional**.

Beneficio de venta libre (OTC)

Reciba **\$80** por trimestre (\$320 al año) en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Prótesis auditivas

TruHearing

Nosotros cubrimos las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio bajo el copago de su plan, siempre y cuando visite a un proveedor dentro de la red y la evaluación se lleve a cabo en un entorno ambulatorio. Las prótesis auditivas están disponibles en dos niveles:

Nivel 1 - Avanzado | \$499

Nivel 2 - Premium | \$799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$260 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Select Health Medicare + Kroger (HMO)

H1994_022

Condados de Box Elder, Cache, Davis, Iron, Morgan, Rich, Salt Lake, Summit, Tooele, Utah, Wasatch, Washington, y Weber en Utah. (Debe padecer una enfermedad crónica que cumpla los requisitos para poder utilizar el beneficio de comestibles).

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$0
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$5,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 5	\$410 de copago
Días 6+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$350 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$250 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista	\$15 de copago
No requerimos referencias.	
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$35 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$350 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago

Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$200 de copago
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$15 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$499 a \$799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$20 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$1,500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen ocular de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$20 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 5	\$350 de copago
Días 6 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual y grupal	\$25 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$25 de copago
Terapia grupal	\$20 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$15 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$280 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro
Insulina	
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$25 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$25 de copago
Beneficio de alimentación Los miembros que reúnan los requisitos pueden utilizar su beneficio sin receta para comprar alimentos en los supermercados Smith's.	Asignación combinada de \$55 al mes
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)

Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro
Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B.	0-20% de coseguro
Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre, combinado con el beneficio de comestibles. Los montos no se acumulan.	Asignación combinada de \$55 al mes
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 55	\$203 de copago
Días 56 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$15 de copago
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$360 por año

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare + Kroger (HMO) 022

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial. No hay deducible de farmacia en este plan.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$5,030**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

Niveles 1 y 2	\$0					
Niveles 3, 4 y 5	\$0					
COSTOS COMPARTIDOS	MINORISTA PREFERIDO		MINORISTA ESTÁNDAR		PEDIDO POR CORREO.	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 \$0		\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$5 \$15		\$10 \$30		\$0 \$0	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$40 \$120		\$47 \$141		\$40 \$120	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$90 \$270		\$100 \$300		\$90 \$270	
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	33% de coseguro N/A		33% de coseguro N/A		33% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Algunos medicamentos recetados para la diabetes de los Niveles 1 y 2 están cubiertos mediante el intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Venta libre (OTC) y beneficio de comestibles

Reciba **\$55** por mes en su tarjeta flexible precargada, ya sea para artículos de venta libre o comestibles en las tiendas Smith's. Su beneficio OTC también puede usarse en línea.

Cobertura dental

Este plan cubre servicios dentales preventivos, básicos y complejos **sin costo adicional**.

Prótesis auditivas

TruHearing

Nosotros cubrimos las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio bajo el copago de su plan, siempre y cuando visite a un proveedor dentro de la red y la evaluación se lleve a cabo en un entorno ambulatorio. Las prótesis auditivas están disponibles en dos niveles:

Nivel 1 - Avanzado | \$499

Nivel 2 - Premium | \$799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$360 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Select Health Medicare Classic (HMO)

H1994_002

Condados de Duchesne, Garfield, Iron, Juab, Millard, Piute, Sanpete, Sevier, Uintah, Washington y Wayne en Utah.

BENEFICIO	COSTO
Monto de la prima	\$29
Deducible médico	\$0
Gastos máximos de bolsillo para miembros No incluye medicamentos con receta, atención dental integral o copagos por prótesis auditivas. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, está cubierto al 100% por el resto del año. Usted deberá pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos de la Parte D.	\$6,700
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Días 1 a 5	\$410 de copago
Días 6+	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$380 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$280 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista No requerimos referencias.	\$40 de copago
Atención preventiva	
Visita anual de bienestar físico/integral	\$0 de copago
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Atención de emergencia (en todo el mundo) El copago se exonera si a usted lo ingresan al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El copago se exonera si a usted lo ingresan a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$25 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes* Solo se cobra un copago cuando se realizan múltiples exámenes durante la misma visita. Los copagos son adicionales a cualquier copago aplicable de atención primaria o especializada.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 de copago
Colonoscopia de diagnóstico	\$380 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$320 de copago

Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: Terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nucleares, estudios del sueño en un laboratorio o en un centro, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$40 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican al gasto de bolsillo máximo anual de los miembros.	\$499 a \$799 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$40 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2000
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos	\$0 de copago
Servicios para la vista	
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$40 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 4	\$395 de copago
Días 5 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Individual	\$40 de copago
Terapia grupal	\$40 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$50 de copago
Terapia grupal	\$40 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$20 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$275 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago
Beneficios específicos para la diabetes	
Proveedor de atención médica primaria En persona o a través de telemedicina.	\$0 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	20% de coseguro
Insulina	
Insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 Suministro de 30 días en todas las etapas de la Parte D. El intervalo en la cobertura y el deducible no se aplican a insulinas.	\$35 de copago
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$40 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$40 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes.	\$0 de copago
Programas LiVe Well Center de Intermountain	\$0 de copago
Comidas tras el alta* Después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas o un centro especializado de enfermería.	Copago de \$0, hasta 14 días (2 comidas al día)
Equipos médicos y suministros	
Muletas, bastones y andadores	\$0 de copago
Todo el resto de equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro

Medicamentos de la Parte B de Medicare* Incluye medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos y productos biológicos de la Parte B. Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro 0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	\$75 de asignación por trimestre
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$10 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$15 de copago
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro
Centro especializado de enfermería (SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF, no se requiere estadía en el hospital previa.	
Días 1 a 20	\$0 de copago
Días 21 a 55	\$203 de copago
Días 56 a 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Consulta de telemedicina con un especialista	\$40 de copago
Bienestar a su manera Reciba dinero en su tarjeta de beneficios flexibles para los servicios de bienestar aprobados, tales como: membresía de gimnasio/club de salud, educación para la salud, beneficios nutricionales, programas de control de peso, etc.	\$300 por año

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Classic (HMO) 002

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por su receta en la Etapa de cobertura inicial después de que haya alcanzado un deducible anual de farmacia de \$200 ó cuando esté surtiendo un medicamento de Nivel 1 o 2.

El deducible de farmacia de \$200 no aplica a los medicamentos de Nivel 1 y 2.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año a la fecha haya alcanzado **\$3,050**.

Luego pasa a la etapa de Intervalo en la cobertura (período sin cobertura).

Generalmente pagará un 25% en los medicamentos de marca y genéricos mientras se encuentre en la etapa de Intervalo en la cobertura. Una vez que haya alcanzado **\$8,000** en el total de costos de medicamentos anuales, pasa a la etapa de Cobertura catastrófica.

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. **Usted no paga nada.**

DEDUCIBLE DE FARMACIA

COSTOS COMPARTIDOS	\$0			
	\$200			
	COSTO COMPARTIDO MINORISTA		COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO	
	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 100 DÍAS
Niveles 1 y 2	\$0			
Niveles 3, 4 y 5	\$200			
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$10	\$30	\$0	\$0
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	29% de coseguro N/A		29% de coseguro N/A	

Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros de medicamentos para 30 o 100 días.

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

Algunos medicamentos recetados para la diabetes de los Niveles 1 y 2 están cubiertos mediante el intervalo de cobertura.

Los copagos para la insulina de Nivel 3 y de Nivel 4 tienen un tope de \$35 de copago por un suministro de 30 días, durante todas las etapas de la Parte D.



Beneficios exclusivos del plan

Nuestra misión es ayudarle a que tenga la vida más saludable posible. Por eso le damos herramientas e incentivos para ayudarle a volverse saludable y mantenerse así.

Cobertura dental

Este plan cubre la atención dental integral y preventivas **sin costo adicional**.

Beneficio de venta libre (OTC)

Reciba **\$75** por trimestre (\$300 al año) en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Prótesis auditivas

TruHearing

Nosotros cubrimos las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio bajo el copago de su plan, siempre y cuando visite a un proveedor dentro de la red y la evaluación se lleve a cabo en un entorno ambulatorio. Las prótesis auditivas están disponibles en dos niveles:

Nivel 1 - Avanzado | \$499

Nivel 2 - Premium | \$799

NOTA: Los costos son por prótesis auditiva. Los copagos por las prótesis auditivas no se aplican a los gastos de bolsillo máximos de los miembros.

Cobertura de la vista

Nuestro plan incluye servicios para la vista, tales como el examen ocular de rutina anual y un beneficio de artículos para la vista.

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$300 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

Incentivo de Healthy Living

Obtenga hasta **\$160 al año** cargados en su tarjeta de beneficios flexibles para completar actividades que lo mantengan saludable, como su examen físico anual, exámenes de detección de cáncer y vacunas.

Servicios de acompañamiento Papa Pals

Conéctese con un *Papa Pal* para obtener servicios de compañía y ayuda con las actividades de la vida diaria, como lecciones de tecnología, tareas domésticas livianas y ayuda con los recados.

Comidas después de una estadía en el hospital

Reciba hasta **14 días de comidas** después de que le den de alta de un hospital para pacientes hospitalizados o un centro especializado de enfermería, de acuerdo a la necesidad, sin costo para usted. Se requiere autorización previa de un Administrador de atención.

Multi-Language Interpreter Services 1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health obeys federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, sexual orientation, gender identity or expression, and/or veteran status. This information is available for free in other languages and alternate formats by contacting Select Health Medicare at **855-442-9900 (TTY: 711)**

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d’interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d’assurance-médicaments. Pour accéder au service d’interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمت المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l’assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-442-9900**にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

OMB Approval No. 0938-1421 (Expires 12/31/2025)
Y0165_2400363_C

Notas



Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO, SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

Select Health Medicare **1-855-442-9900 (TTY: 711)** / Select Health: **1-800-538-8038**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電。

© Select Health 2023. Todos los derechos reservados. 08/23 Y0165_2478231R_M

