

Select Health Medicare Essential (HMO) 012

Select Health Medicare Choice (PPO) 019

Select Health Medicare No Rx (PPO) 020

Select Health Medicare + Kroger (HMO) 021

Select Health Medicare®

Resumen de Beneficios

El Resumen de Beneficios tiene el propósito de ayudarle 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 Nevada están incluidos en nuestras áreas de servicio: Clark y Nye.

¿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 del directorio.

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 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_012

Condados de Clark y Nye en Nevada.

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.	\$1,000
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Todos los días	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$0 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista Es posible que necesite que lo deriven.	\$0 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.	\$135 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.	\$10 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	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$60 de copago
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro

Otros servicios cubiertos Incluye: terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nuclear, y más.	20% de coseguro
Servicios de audición	
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$0 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.	\$99 a \$699 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$0 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, no incluye preventivo.	\$2500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, 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	\$0 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	\$300 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 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	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$0 de copago
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$250 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Atención quiropráctica*	\$0 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	0-20% 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 no se aplica 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)	\$0 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.	\$0 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	
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)	\$100 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 30 horas al año
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)	
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 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 40	\$125 de copago
Días 41 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	\$0 de copago
Transporte (médico, no de emergencia)	\$0 de copago, hasta 60 viajes de ida
Bienestar a su manera	\$240 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 Essential (HMO) 012

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 la mayoría de los costos de sus medicamentos cubiertos. Por lo general, paga **\$4,15** por los medicamentos genéricos y **\$10,35** por todos los demás medicamentos; o 5% del costo, lo que sea mayor. Permanece en esta etapa por el resto del año calendario hasta el 31 de diciembre. Para obtener más información sobre cómo como funcionan las etapas de cobertura de farmacia, consulte la sección Farmacia de la Guía de Inscripción.

DEDUCIBLE DE FARMACIA

Niveles 1, 2, 3, 4, 5 COSTOS COMPARTIDOS	\$0		\$0	
	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
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 \$141		\$47 \$141	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100 \$300		\$100 \$300	
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	33% de coseguro N/A		33% de coseguro N/A	

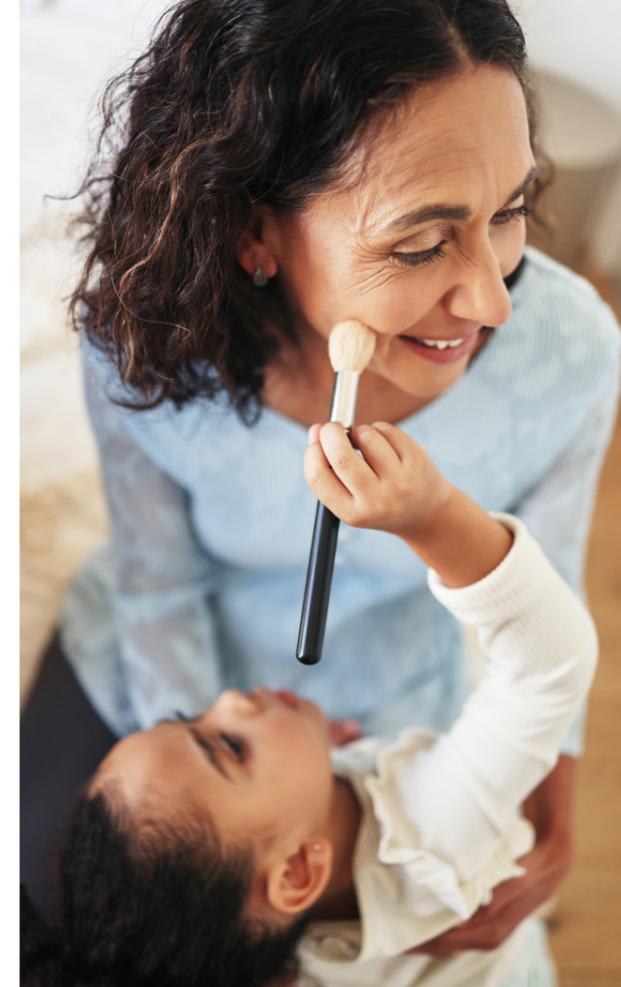
Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información con relación a las diferencias en los costos compartidos dependiendo del estatus de la farmacia, el pedido por correo, la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o infusión en el hogar, y suministros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

Cómo ayudamos con los costos de los medicamentos recetados

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 **\$100** por trimestre en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Select Health Medicare Essential (HMO) H1994_012

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 tres niveles:

Nivel 1 - Estándar | \$99

Nivel 2 - Avanzado | \$399

Nivel 3 - Premium | \$699

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 **\$240 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.

Transporte

Nuestro plan incluye transporte médico que no sea de emergencia **sin costo adicional para usted**. Esto significa que puede obtener hasta 60 traslados de ida desde y hacia sus citas médicas, los centros o farmacias.

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 Choice (PPO)

H2246_019

Condados de Clark y Nye en Nevada.

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.	\$5900	\$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	\$295 de copago	De 1 a 20 días: \$500 de copago por día
Días 6+	\$0 de copago	De 21+ días: \$0 de copago por día
Cobertura para centros ambulatorios*		
Cirugía como paciente ambulatorio	\$275 de copago	40% de coseguro
Centro quirúrgico ambulatorio	\$175 de copago	40% de coseguro
Visitas al consultorio del médico		
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	\$20 de copago
Especialista	\$35 de copago	\$75 de copago
No requerimos referencias.		
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.	\$120 de copago	\$120 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.	\$10 de copago	\$40 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	20% de coseguro	40% de coseguro
Colonoscopia de diagnóstico	\$275 de copago	40% de coseguro

Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$5 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$5 de copago	40% de coseguro
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$150 de copago	40% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro	40% 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	40% de coseguro
Servicios de audición		
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$35 de copago	\$75 de copago
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago	\$75 de copago
Prótesis auditivas El copago es por cada prótesis auditiva. Los copagos no se aplican a los gastos de bolsillo máximos anuales de los miembros.	\$99 a \$699 de copago	Sin cobertura
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$35 de copago	\$75 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, no incluye preventivo.	\$2500	combinado dentro de la red
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago	20% de coseguro
Servicios dentales complejos	\$0 de copago	20% de coseguro por
Servicios para la vista complejos		
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Examen ocular relacionado con problemas	\$35 de copago	\$75 de copago
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago	\$75 de copago
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$300 de asignación	\$300 de reembolso por armazones y lentes de contacto.
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*		
Días 1 a 5	\$295 de copago	De 1 a 20 días: \$500 de copago por día
Días 6 a 90	\$0 de copago	De 21 a 90 días: \$0 de copago por día
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago	190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para paciente hospitalizado de por vida.

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		
Terapia individual	\$25 de copago	\$75 de copago
Terapia grupal	\$20 de copago	\$45 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago	\$75 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)		
Terapia individual	\$25 de copago	\$75 de copago
Terapia grupal	\$20 de copago	\$45 de copago
Servicios de acupuntura*		
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$35 de copago	\$75 de copago
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$270 de copago	\$270 de copago
Atención quiropráctica*	\$20 de copago	\$75 de copago
Beneficios específicos para la diabetes		
Proveedor de atención primaria presencial.	\$0 de copago	\$20 de copago
Examen ocular de rutina	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago	40% de coseguro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	40% de coseguro
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo	N/A
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago	40% de coseguro
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes	40% 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 de cobertura no se aplica a insulinas.	\$35 de copago	N/A
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	0-20% de coseguro	40% de coseguro
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$35 de copago	\$75 de copago
Cuidado de los pies de rutina Tratamiento que es considerado preventivo (como cortar o quitar callos, verrugas o uñas), hasta seis visitas.	\$35 de copago	\$75 de copago
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago	50% 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		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro	50% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro	50% 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	40% de coseguro
Insulina para bombas de insulina	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes	40% de coseguro
Productos de venta libre (OTC) Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre. Los montos no se acumulan.	\$100 por trimestre, no se transfiere.	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	\$20 de copago	\$75 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$15 de copago	40% de coseguro
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro	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	40% de coseguro
Días 21 a 35	\$203 de copago	40% de coseguro
Días 36 a 100	\$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de telemedicina		
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	Sin cobertura
Consulta de telemedicina con un especialista	\$35 de copago	Sin cobertura
Transporte (médico, no de emergencia)	\$0 de copago, hasta 24 viajes de ida	Sin cobertura
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.	\$250 por año	N/A

*El servicio puede requerir autorización previa.

SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Choice (PPO) 019

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 la mayoría de los costos de sus medicamentos cubiertos. Por lo general, paga **\$4,15** por los medicamentos genéricos y **\$10,35** por todos los demás medicamentos; o 5% del costo, lo que sea mayor. Permanece en esta etapa por el resto del año calendario hasta el 31 de diciembre. Para obtener más información sobre cómo como funcionan las etapas de cobertura de farmacia, consulte la sección Farmacia de la Guía de Inscripción.

DEDUCIBLE DE FARMACIA

Niveles 1, 2, 3, 4, 5 COSTOS COMPARTIDOS	\$0		\$0	
	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
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 \$0		\$0 \$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$8 \$24		\$8 \$24	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 \$141		\$47 \$141	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100 \$300		\$100 \$300	
Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	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

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 **\$75** por trimestre en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre.

Select Health Medicare Choice (PPO) H2246_019

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 tres niveles:

Nivel 1 - Estándar | \$99

Nivel 2 - Avanzado | \$399

Nivel 3 - Premium | \$699

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 **\$250 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.

Transporte

Nuestro plan incluye transporte médico que no sea de emergencia **sin costo adicional para usted**. Esto significa que puede obtener hasta 24 traslados de ida desde y hacia sus citas médicas, los centros o farmacias.

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 (PPO)

H2246_020

Condados de Clark y Nye en Nevada.

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.	\$6,700	\$10.000 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 4	\$395 de copago	40% de coseguro
Días 5+	\$0 de copago	40% de coseguro
Cobertura para centros ambulatorios*		
Cirugía como paciente ambulatorio	\$375 de copago	40% de coseguro
Centro quirúrgico ambulatorio	\$275 de copago	40% de coseguro
Visitas al consultorio del médico		
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	40% de coseguro
Especialista	\$40 de copago	40% de coseguro
No requerimos referencias.		
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.	\$20 de copago	\$40 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	20% de coseguro	40% de coseguro
Colonoscopia de diagnóstico	\$375 de copago	40% de coseguro
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	40% de coseguro
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	40% de coseguro

Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$75 de copago	40% de coseguro
Servicios de radiología terapéutica	20% de coseguro	40% de coseguro
Otros servicios cubiertos Incluye: terapia de infusión intravenosa, pruebas de estrés no nuclear, y más.	20% de coseguro	40% de coseguro
Servicios de audición		
Examen auditivo relacionado con una condición médica	\$0 de copago	40% de coseguro
Examen de audición de rutina Uno al año.	\$0 de copago	40% 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.	\$399 a \$699 de copago	Sin cobertura
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$40 de copago	40% de coseguro
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2000	combinado dentro de la red
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago	20% de coseguro
Servicios dentales complejos y básicos	\$0 de copago	20% de coseguro por
Servicios para la vista complejos		
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Examen ocular relacionado con problemas	\$0 de copago	40% de coseguro
Pruebas de visión para recetas	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Gafas o lentes de contactos después de cirugía de cataratas*	\$0 de copago	40% de coseguro
Armazones o lentes de contacto Una compra al año.	\$200 de asignación	\$200 de reembolso por armazones y lentes de contacto.
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*		
Días 1 a 4	\$395 de copago	40% de coseguro
Días 5 a 90	\$0 de copago	40% de coseguro
Días de reserva de por vida* 1-60	\$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		40% de coseguro
Terapia individual	\$25 de copago	40% de coseguro
Terapia grupal	\$20 de copago	40% de coseguro
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago	40% de coseguro

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)		
Terapia individual	\$40 de copago	40% de coseguro
Terapia grupal	\$25 de copago	40% de coseguro
Servicios de acupuntura*		
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$40 de copago	40% 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.	\$250 de copago	\$250 de copago
Atención quiropráctica*	\$15 de copago	40% de coseguro
Beneficios específicos para la diabetes		
Proveedor de atención primaria presencial.	\$0 de copago	Sin cobertura
Examen ocular de rutina	\$0 de copago	\$35 de reembolso
Suministros para el control de la diabetes Cobertura para tiras reactivas y monitores de glucosa producidos por Abbott.	\$0 de copago	40% de coseguro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	40% de coseguro
Medicamentos seleccionados para la diabetes en el Nivel 1 y Nivel 2 (que no sean insulina)	Cubiertos durante el intervalo	N/A
Monitores continuos de glucosa (CGM)*	\$0 de copago	40% de coseguro
Bombas de insulina y suministros de la Parte B	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes	40% de coseguro
Insulina		
Insulina para bomba de la Parte B Para uso en una bomba.	20% de coseguro	40% de coseguro
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies para servicios cubiertos por Medicare.	\$40 de copago	40% de coseguro
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	40% de coseguro Los límites se combinan para los beneficios dentro y fuera de la red.
Atención médica en el hogar*	\$0 de copago	40% 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		
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro	50% de coseguro
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	20% de coseguro	50% 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	40% de coseguro
	0-20% de coseguro hasta un máximo de \$35 de copago al mes	40% de coseguro
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	N/A
Servicios de acompañamiento Papa Pals	\$0 de copago, hasta 30 horas al año	N/A
Reducción de la prima de la Parte B	Hasta \$100 de descuento	N/A
Servicios de rehabilitación* (para pacientes ambulatorios)		
Visitas de terapia física, ocupacional y del habla	\$20 de copago	40% de coseguro
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$15 de copago	40% de coseguro
Diálisis renal Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	20% de coseguro	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	40% de coseguro
Días 21 a 55	\$203 de copago	40% de coseguro
Días 56 a 100	\$0 de copago	40% de coseguro
Servicios de telemedicina		
Consulta de telemedicina con un proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago	Sin cobertura
Consulta de telemedicina con un especialista	\$40 de copago	Sin cobertura
Transporte (médico, no de emergencia)	\$0 de copago, hasta 24 viajes de ida	Sin cobertura
Bienestar a su manera La tarjeta Flex es una tarjeta de débito recargable con un total combinado por año calendario para comprar membresía(s) en clubes de salud/clases de ejercicios, educación para la salud, beneficios nutricionales y/o programas de control de peso y Papa Pals después de que se agote el beneficio.	\$240 por año	N/A

*El servicio puede requerir autorización previa.

Select Health Medicare + Kroger (HMO)

H1994_021

Condados de Clark y Nye en Nevada.

(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.	\$1,000
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados* Los copagos comienzan cada vez que a usted lo ingresan en un centro para pacientes hospitalizados.	
Todos los días	\$0 de copago
Cobertura para centros ambulatorios*	
Cirugía como paciente ambulatorio	\$0 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago
Visitas al consultorio del médico	
Proveedor de atención médica primaria	\$0 de copago
Especialista Es posible que necesite que lo deriven.	\$0 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.	\$135 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.	\$10 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	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$60 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	\$0 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.	\$99 a \$699 de copago
Servicios dentales* Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare relacionados con una condición médica.	\$0 de copago
Beneficio máximo de pago del plan, incluye preventivo.	\$2500
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos tratamientos de flúor, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Servicios dentales básicos	\$0 de copago
Servicios dentales complejos y básicos	\$0 de copago
Servicios para la vista complejos	
Examen oculares de rutina y/o preventivos Uno al año.	\$0 de copago
Examen ocular relacionado con problemas	\$0 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.	\$300 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 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	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$55 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia individual	\$15 de copago
Terapia grupal	\$10 de copago
Servicios de acupuntura*	
Tratamiento del dolor lumbar. 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$0 de copago
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$250 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Atención quiropráctica*	\$0 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 no se aplica 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)	\$0 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.	\$0 de copago
Beneficio de alimentación	Asignación combinada de \$60 al mes
Los miembros que reúnan los requisitos pueden utilizar su beneficio sin receta para comprar alimentos en los supermercados Smith's.	
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	
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, insulina para el uso con bombas de insulina 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)	Asignación combinada de \$60 al mes
Reciba dinero en su tarjeta Flex precargada para artículos de venta libre, combinado con el beneficio de comestibles. Los montos no se acumulan.	
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	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación cardíaca	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 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 40	\$125 de copago
Días 41 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	\$0 de copago
Transporte (médico, no de emergencia)	\$0 de copago, hasta 60 viajes de ida
Bienestar a su manera	\$240 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 + Kroger (HMO) 021

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		VENTA MINORISTA		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)	\$0 \$0		\$15 \$45		\$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.

Select Health Medicare + Kroger (HMO) H1994_021

Prótesis auditivas

TruHearing

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 dentro de la red. Las prótesis auditivas están disponibles en tres niveles:

Nivel 1 - Estándar | \$99

Nivel 2 - Avanzado | \$399

Nivel 3 - Premium | \$699

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 **\$240 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.

Transporte

Nuestro plan incluye transporte médico que no sea de emergencia **sin costo adicional para usted**. Esto significa que puede obtener hasta 60 traslados de ida desde y hacia sus citas médicas, los centros o farmacias.

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 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_2489654_M

