

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 Dual (HMO-D-SNP)?

Para afiliarse, debe ser completamente elegible para Medicaid, estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y tener más de 21 años de edad.

Nuestra área de servicios incluye los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso y Jefferson en Colorado

¿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.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “*Medicare y usted*”. Véalo por internet en [medicare.gov](https://www.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 Dual (HMO)

H1994_028

Condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso y Jefferson en Colorado
 Para inscribirse a este plan, debe calificar para Medicaid. Si pierde la elegibilidad para Medicaid y cae en el período de gracia, usted es responsable de los costos compartidos de sus beneficios. El máximo que deberá pagar de gastos de bolsillo por los servicios del plan en 2024 es \$8,850. Lo que paga por los beneficios cubiertos por Medicare (deducibles, copagos o coseguros) cuenta en este monto máximo de gastos de bolsillo.

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.	\$8,850
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 en un centro ambulatorio*	
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 No requerimos referencias.	\$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.	\$0 de copago
Servicios necesarios con urgencia (en todo el mundo) Sin cargos adicionales por análisis de laboratorio y/o radiografías. El costo compartido se exonera si usted es admitido a la sala de emergencias o al hospital dentro de las siguientes 24 horas. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	\$0 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
Imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías	\$0 de copago

Servicios de radiología terapéutica	\$0 de copago
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.	\$0 de copago
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. Consulte la sección Prótesis auditivas para obtener más información. Uno al año.	\$0 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.	\$4,000
Servicios dentales preventivos Dos exámenes, dos limpiezas, dos radiografías interproximales cada año, más una radiografía panorámica cada 36 meses.	\$0 de copago
Todos los servicios cubiertos	\$0 de coseguro
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 y anteojos o lentes de contacto Una compra al año.	\$400 de asignación
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados*	
Días 1 a 90	\$0 de copago
Días de reserva de por vida	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia individual y grupal	\$0 de copago
Hospitalización parcial para salud mental*	\$0 de copago
Abuso de drogas* (paciente ambulatorio)	
Terapia el consultorio de un proveedor o en un centro ambulatorio	\$0 de copago
Acupuntura	
Tratamiento del dolor lumbar 12 visitas iniciales y 8 visitas adicionales si el miembro está evolucionando.	\$0 de copago
Servicios de acupuntura complementarios Cualquier condición médica, por hasta 20 visitas.	\$0 de copago
Ambulancia* Solo se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.	\$0 de copago

*El servicio puede requerir autorización previa.

BENEFICIO	COSTO
Atención quiropráctica*	\$0 de copago
Cuidado del pie (servicios de podiatría)	
Examen del pie cubierto por Medicare	\$0 de copago
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 En un centro certificado por Medicare.	Cubierto por Original Medicare
Intermountain Connect Care Visite a un proveedor por medio de un video chat para necesidades médicas urgentes. Para obtener más información, visite intermountainconnectcare.org .	\$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 (3 comidas al día)
Equipos médicos y suministros	
Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	\$0 de copago
Dispositivos y suministros protésicos (como aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)*	\$0 de copago
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 de copago
Artículos de venta sin receta y alimentos¹ Las cantidades en dólares no se acumulan.	Asignación de \$105 al mes
Papa Pals (Servicios de acompañamiento)	\$0 de copago, hasta 120 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 Incluye los servicios y suministros para la diálisis en el hogar.	\$0 de copago
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 100	\$0 de copago
Servicios de telemedicina	\$0 de copago
Transporte de rutina* Servicios como obtener transporte hasta y desde donde su médico, farmacia o centro de atención.	\$0 de copago, por viajes de ida ilimitados
Bienestar a su manera	\$400 por año

¹ Para poder utilizar este beneficio en la compra de alimentos, debe tener una enfermedad que reúna los requisitos exigidos.

*El servicio puede requerir autorización previa.



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) y comestibles

Reciba **\$105 al mes** en su tarjeta flex precargada para artículos de venta libre y comestibles. Para poder utilizar este beneficio en la compra de alimentos, debe tener una enfermedad que reúna los requisitos exigidos.

Prótesis auditivas

NationsHearing

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.

Están cubiertas ciertas prótesis auditivas adquiridas a través de un proveedor de NationsHearing de la red. Las prótesis auditivas seleccionadas adquiridas a través de proveedores de audiología de Nations están cubiertas por un nivel de beneficios.

Esto incluye el aparato auditivo, su adaptación, tres visitas de seguimiento en los 12 meses siguientes a la adaptación inicial, un año de pilas y un único dispositivo de sustitución en caso de pérdida o deterioro.

Los accesorios o actualizaciones adicionales que no estén incluidas en el dispositivo de nivel uno que se describe como parte del beneficio no están cubiertos por el beneficio de prótesis auditiva.

Opción de prótesis auditiva Su costo

Nivel 1 – Económico \$0

Bienestar a su manera

Nuestro beneficio de bienestar flexible le permite elegir cómo quiere lograr y permanecer en un estado saludable. Le daremos **\$400 por año** en una tarjeta pre cargada de beneficios flexibles que puede usar para participar en actividades de bienestar.

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.

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.

Transporte

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

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.

Beneficios de medicamentos recetados



SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Select Health Medicare Dual (HMO) 028

La siguiente tabla de costos compartidos muestra lo que usted pagará por sus recetas en la Etapa de cobertura inicial. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de medicamentos totales del año hasta la fecha alcancen **\$8,000**. Luego, pasa directamente a la Etapa de cobertura catastrófica. Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo de sus medicamentos cubiertos. Permanece en esta etapa por el resto del año calendario hasta el 31 de diciembre.

COSTOS COMPARTIDOS DE FARMACIA

Deducible de farmacia anual	\$0
Genérico	Por receta, pagará \$0, \$1,55 o \$4,50. El copago depende del nivel de LIS.
Marca	Por receta, pagará \$0, \$4,60 o \$11,20. El copago depende del nivel de LIS.
Catastrófico	\$0

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.

Herramienta de comparación de beneficios

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, tener elegibilidad completa para Medicaid, tener al menos 21 años y vivir en nuestra área de servicio.

Generalmente, los servicios que recibe de proveedores o farmacias primero los paga Medicare y luego Medicaid. Esto significa que Medicare es el pagador principal y Medicaid, el secundario.

Los siguientes beneficios muestran lo que cubre Medicaid y Select Health Medicare Dual. Si un beneficio se agota o no está cubierto por su plan de Medicare, entonces su cobertura de Medicaid puede proporcionar cobertura adicional. Esto dependerá de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Si Medicare no cubre un servicio, hay un costo compartido (copago o coseguro) o se agotó un beneficio, su cobertura de Medicaid puede ayudar. Sin embargo, es importante recordar que es posible que deba pagar un costo compartido. Consulte su Manual para Miembros de Medicaid para obtener detalles sobre los costos compartidos y la cobertura.

Esta tabla no incluye todos los beneficios y servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC). Puede obtener una copia de la EOC visitando selecthealth.org/medicare o llamando al **855-442-9940 (TTY: 711)**.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al Departamento de Salud, Medicaid y Financiamiento de la Salud de Utah al **800-662-9651 (TTY: 711)**.

BENEFICIO	MEDICAID	SELECT HEALTH MEDICARE DUAL
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Hospital para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Atención de emergencia	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Atención de urgencia	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de la audición	No cubierto a menos que tenga 20 años o menos	Cubierto, \$0 de copago
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios para la vista	Exámenes de la vista cubiertos, anteojos y lentes de contacto sólo después de la cirugía	Cubierto, \$0 de copago
Servicio de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	OT/PT/ST cubiertos	Cubierto, \$0 de copago
Abuso de drogas (paciente ambulatorio)	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Ambulancia	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Cuidados quiroprácticos	Cubierto sólo tras lesión medular	Cubierto, \$0 de copago
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Alimentación	Sin cobertura	Cubierto, \$0 de copago
Membresía de gimnasio	Sin cobertura	Cubierto, \$0 de copago
Atención médica en el hogar	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Atención para pacientes terminales	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Papa Pals (Servicios de acompañamiento)	Sin cobertura	Cubierto, \$0 de copago
Equipos médicos	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare	Sin cobertura	Cubierto, \$0 de copago
Artículos de venta sin receta	Cobertura limitada	Cubierto, \$0 de copago
Diálisis renal	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Centro especializado de enfermería	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de telemedicina	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de transporte (de rutina, no de emergencia)	Cubierto	Cubierto, \$0 de copago

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。



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_2709251R2_M

