

# 2022 METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO) RESUMEN DE BENEFICIOS

**MetroPlus Platinum Plan (HMO)** es un plan de salud HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

**ESTE ES UN RESUMEN DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO) DEL 1 DE ENERO DE 2022 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022**



**VAMOS A PONERNOS SALUDABLES JUNTOS.**

Nuestro **MetroPlus Platinum Plan (HMO)** ofrece a los miembros todos los beneficios incluidos en Original Medicare, una sólida red de proveedores en los cinco distritos y cobertura auditiva extendida. ¡Además, ofrece un excelente programa de recompensas para miembros, en el que nuestros miembros obtienen puntos por completar actividades saludables!

---

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

### Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios de la *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para los servicios para los que consulta a un médico en forma periódica. Visite **[www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)** o llame al **1.866.986.0356** (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta estén ahora en la red. Si los encuentra en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar a un médico nuevo.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en el directorio, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

### Comprender las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se toma cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores/farmacias).

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" contactando a Servicios al Miembro (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Para inscribirse en **MetroPlus Platinum Plan (HMO)**, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano estadounidense o estar residiendo

legalmente en los Estados Unidos, y residir en Manhattan, Brooklyn, Queens, el Bronx o Staten Island.

**MetroPlus Platinum Plan (HMO)** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios. Puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* y la "Evidencia de cobertura" de nuestro plan en [www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*.

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$149.	Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene un deducible médico.
Responsabilidad máxima de desembolso propio (no incluye medicamentos recetados)	\$7,550 al año.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura para pacientes hospitalizados	Copago de \$225 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Se requiere autorización previa y remisión.
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>Centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	Usted paga 20% del costo. Copago de \$50.	Se requiere una remisión.
Consultas médicas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico primario</li> <li>Especialistas</li> </ul>	Usted no paga nada. Copago de \$40 por visita.	Se requiere una remisión.
Atención preventiva	Usted no paga nada.	Cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	Copago de \$90.	Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.
Servicios de necesidad urgente	Usted no paga nada.	

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico / Laboratorios / Estudios de imagen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Estudios de imagen</li> <li>Servicios de laboratorio</li> <li>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI)</li> <li>Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Usted paga 20% del costo. Usted paga 20% del costo. Usted paga 20% del costo. Usted paga 20% del costo.	Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
Servicios de audición		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina (hasta 1 cada año)</li> <li>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio</li> <li>Ajuste/evaluación de audífonos</li> <li>Audífono (1 vez cada 3 años)</li> </ul>	Copago de \$20. Copago de \$20. Copago de \$20. Usted no paga nada.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa para audífonos. Nuestro plan paga hasta \$500 cada 3 años por aparatos de audición.
Servicios dentales	Usted no paga nada.	Servicios dentales limitados (no incluyen los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de los dientes). Se requiere autorización previa.
Servicios de cuidado de la vista	Usted no paga nada.	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, incluyendo prueba anual de detección de glaucoma. Se requiere una remisión.
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	Copago de \$195 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Se requiere remisión y autorización previa.
Servicios de salud mental (visitas de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios)	Copago de \$40.	
Centro de enfermería especializada	No paga nada para los días 1 al 20. Copago de \$194.50 por día para los días 21 al 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa y remisión.
Fisioterapia	Copago de \$25.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa luego de 10 visitas al consultorio.

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Ambulancia	Copago de \$100 por viajes de ida.	Si ingresa al hospital, no tiene que pagar su parte del costo del servicio de ambulancia
Transporte	Sin cobertura.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo de los medicamentos de quimioterapia. 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B.	Puede que se requiera una autorización previa o terapia escalonada.
Atención del pie ( <i>servicios de podología</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones</li> </ul>	Copago de \$30.	Se requiere una remisión.
Equipos y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero (<i>por ejemplo, férulas, extremidades artificiales</i>)</li> <li>Prótesis (<i>por ejemplo, férulas, extremidades artificiales</i>)</li> <li>Suministros para diabetes</li> </ul>	Usted paga 20% del costo.  Usted paga 20% del costo.  Usted paga 20% del costo.	Prior authorization is required.
Servicios de telesalud	Usted no paga nada.	Los servicios de telesalud cubiertos incluyen: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes. Se requiere una remisión, excepto para servicios de salud conductual.
Servicios del programa de tratamiento para opiodes	Usted no paga nada.	Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.
Acupuntura ( <i>para tratar dolor crónico en la parte baja de la espalda</i> )	Usted paga 20% del costo.	Los servicios cubiertos incluyen: 12 sesiones cubiertas en un período de 90 días. 8 sesiones adicionales se cubren para pacientes que muestren mejoría. El tratamiento debe abandonarse si el miembro no está mejorando o si está empeorando. Límite de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se requiere remisión y autorización previa.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
Etapa 1:	<b>Etapa de deducible anual</b>	El plan tiene un monto de deducible de \$480 para los medicamentos recetados de la Parte D. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo completo de los medicamentos recetados de la Parte D.	
Etapa 2:	<b>Cobertura inicial</b> (después de pagar su deducible, si lo hay)		Una vez que el costo total de sus medicamentos alcanza \$4,430, pasará a la etapa siguiente (la <b>etapa de brecha en la cobertura</b> ).
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos genéricos</b> (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)</li> </ul>	Usted paga un coaseguro del 25%	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los demás medicamentos</li> </ul>	Usted paga un coaseguro del 25%	
Etapa 3:	<b>Etapa de brecha en la cobertura</b>		Una vez que su desembolso propio anual alcanza los \$7,050, usted pasará a la siguiente etapa (la <b>etapa de cobertura catastrófica</b> ).
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos genéricos</b> (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)</li> </ul>	Usted paga un coaseguro del 25%	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los demás medicamentos</li> </ul>	Debe pagar el coaseguro del 25% y una parte del cargo por despacho	
Etapa 4:	<b>Etapa de cobertura catastrófica</b>		Una vez que se encuentre en la <b>etapa de cobertura catastrófica</b> , permanecerá en esta etapa hasta que termine el año.
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos genéricos</b> (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)</li> </ul>	Usted paga el 5% del costo o un copago de \$3.95, lo que sea mayor.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los demás medicamentos</li> </ul>	Usted paga el 5% del costo o un copago de \$9.85, lo que sea mayor.	

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente *Medicare y Usted*. Puede verlo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.877.486.2048**.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio.

**MetroPlusHealth** se alegra de informarle que puede usar nuestro programa de pedido por correo para que le entreguen sus medicamentos directamente en su hogar, sin costo adicional para usted. Este servicio le ahorrará tiempo, y su medicamento llegará de manera segura, en un paquete simple, seguro y a prueba de manipulaciones.

Para inscribirse en este servicio, llame al Departamento de Atención al Cliente de **CVS Caremark** al **1.866.693.4615** o puede inscribirse en línea en <https://www.caremark.com>.



Para obtener más información, llámenos al número que aparece abajo o visítenos en **[www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)**.

Llame a nuestra línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, tales como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, en **[www.metroplusmedicare.org](http://www.metroplusmedicare.org)**.

MetroPlus Health Plan es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: if you speak English, free language assistance services are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).  
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1.866.986.0356 (TTY: 711)。



[METROPLUSMEDICARE.ORG](http://METROPLUSMEDICARE.ORG) 1.866.986.0356 • TTY: 711



H0423\_MEM22\_2597s\_M Accepted 09222021