



ACCREDITED
HEALTH PLAN

2011 Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage ^{Rx}

Summary of BENEFITS

Resumen de Beneficios

EN ESPAÑOL

PUP EXTRA (HMO SNP) (021)

Hillsborough, Lake, Orange, Osceola, Pasco,
Pinellas, Polk, Seminole Counties, FL

H5696_PUP532AS CMS Approved 01052011

PUP 
Physicians United PlanTM

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

De PUP Extra (HMO SNP)

Del 1.º de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2011
ÁREA METROPOLITANA DE ORLANDO Y DE TAMPA

Gracias por su interés en PUP Extra (HMO SNP). Nuestro plan es ofrecido por Physicians United Plan, Inc. (PUP), un plan de necesidades especiales de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare Advantage. Este plan está diseñado para personas que cumplen con criterios de inscripción específicos.

Puede ser elegible para inscribirse en este plan si recibe ayuda del estado y de Medicare.

Todas las participaciones en los costos que se encuentran en este resumen de beneficios dependen de su grado de elegibilidad para Medicaid.

Llame a PUP Extra (HMO SNP) para descubrir si es elegible para inscribirse. Nuestro número aparece al final de esta introducción.

Este Resumen de beneficios le ofrece información sobre algunas características de nuestro plan. No menciona todos los servicios cubiertos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, comuníquese con PUP Extra (HMO SNP) y solicite la "Evidencia de cobertura".

TIENE OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el plan Original Medicare (cargo por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como PUP Extra (HMO SNP). Además, puede tener otras opciones. Usted elige. Independientemente de lo que decida, sigue estando en el programa Medicare.

Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid (doble elegibilidad), puede inscribirse o dejar un plan en cualquier momento.

Llame a PUP Extra (HMO SNP) al número telefónico que se encuentra al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Puede comparar PUP Extra (HMO SNP) y el plan Original Medicare con este Resumen de beneficios. Los cuadros que se encuentran en este libro contienen algunos beneficios importantes para la salud. Para cada beneficio, puede observar lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Además, ofrecemos más beneficios que pueden cambiar de un año a otro.

¿EN QUÉ LUGARES SE ENCUENTRA DISPONIBLE PUP EXTRA (HMO SNP)?

El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados: Condados de Hillsborough, Lake, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Seminole, estado de Florida. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

¿QUÉ PERSONAS SON ELEGIBLES PARA INSCRIBIRSE EN PUP EXTRA (HMO SNP)?

Puede inscribirse a PUP Extra (HMO SNP) si califica para adherirse a la Parte A de Medicare, y si está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio.

No obstante, las personas que sufren de enfermedad renal en etapa terminal generalmente no son elegibles para inscribirse en PUP Extra (HMO SNP), a menos que sean miembros de nuestra organización y hayan sido miembros desde que comenzaron a someterse a diálisis.

También debe recibir asistencia del estado para adherirse a este plan.

Comuníquese con el plan para determinar si es elegible para adherirse al plan.

¿PUEDO ELEGIR LOS MÉDICOS?

PUP Extra (HMO SNP) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Solo puede utilizar médicos que participen en nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitarnos un directorio de proveedores o, si desea una lista actualizada, puede visitarnos en www.pupcorp.com.

El número de nuestro servicio de atención al cliente aparece al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VISITO UN MÉDICO QUE NO PERTENECE A LA RED?

Si decide ir a un médico fuera de nuestra red, debe pagar los servicios que reciba usted mismo, salvo en situaciones limitadas (por ejemplo, en el caso de atención de emergencia). Ni el plan ni el plan Original Medicare pagarán estos servicios.

¿EN DÓNDE PUEDO OBTENER LOS MEDICAMENTOS DE RECETA SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?

PUP Extra (HMO SNP) ha formado una red de farmacias. Debe comprar en una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es posible que no paguemos sus medicamentos de receta si los compra en una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en www.pupcorp.com. El número de nuestro servicio de atención al cliente aparece al final de esta introducción.

¿MI PLAN CUBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR LA PARTE B O LA PARTE D?

PUP Extra (HMO SNP) cubre los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

PUP Extra (HMO SNP) utiliza un formulario. Un formulario es un listado de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente, podremos agregar, quitar o realizar cambios a los límites de cobertura de ciertos medicamentos o también podremos cambiar el monto que usted debe pagar por un medicamento. Si realizamos cualquier modificación al formulario que limite la capacidad de nuestros miembros de comprar sus medicamentos de receta, les notificaremos a los miembros afectados antes de realizar dicha modificación. Le enviaremos un formulario. Además, usted puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web www.pupcorp.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que pueda obtener un suministro temporal de ese medicamento. Puede comunicarse con nosotros para pedir, con la ayuda de su médico, una excepción o para cambiar a un medicamento

alternativo que se encuentre listado en nuestro formulario. Llámenos para saber si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL RESPECTO DE LOS COSTOS DEL PLAN PARA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS U OBTENER AYUDA ADICIONAL RESPECTO DE OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Puede obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados, así como también para obtener ayuda con otros costos de Medicare. Para saber si califica para recibir ayuda adicional, llame a alguno de los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; y visitar www.medicare.gov para conocer los "Programas para las personas con ingresos y recursos limitados" en la publicación Medicare and You.
- La Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o a
- La oficina de Medicaid de su estado.

¿CÓMO ESTOY PROTEGIDO CON ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage acuerdan permanecer en el programa durante todo un año. Cada año, los planes deciden si continúan o no por otro año. Si un plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, usted debe recibir una carta al menos 90 días antes de que su cobertura finalice. En la carta se le explicarán sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de PUP Extra (HMO SNP), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de organización, que incluye el derecho de presentar una apelación si le negamos la cobertura de un artículo o servicio, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de organización si desea que le proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que usted cree que debería estar cubierto. Si negamos la cobertura para el artículo o servicio que solicita, usted tiene derecho a apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación o apelación de cobertura acelerada (rápida) si cree que esperar una decisión podría poner en grave riesgo su vida o su salud, o podría afectar a su capacidad de recuperar su funcionalidad máxima. Si su médico aprueba o apoya la solicitud rápida, debemos acelerar nuestra decisión. Por último, usted tiene derecho a presentar una queja formal si tiene cualquier tipo de problema, con nosotros o con un proveedor que no esté relacionado con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja formal ante la Organización para la mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

Como miembro de PUP Extra (HMO SNP), usted tiene derecho a pedir una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, presentar una apelación si le negamos la cobertura para un medicamento recetado, y presentar una queja formal. Tiene derecho a pedir una determinación de cobertura si desea que nosotros cubramos un medicamento de la Parte D que considera que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que debe obtener un medicamento no preferido a un costo de bolsillo menor. También puede pedir una excepción a las reglas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una

excepción, debe comunicarse con nosotros antes de obtener su medicamento de receta en una farmacia. Su médico debe suministrar una declaración para avalar su pedido de excepción. Si negamos la cobertura para sus medicamentos de receta, usted tiene derecho a apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Por último, usted tiene derecho a presentar una queja formal si tiene cualquier tipo de problema, con nosotros o con alguna de nuestras farmacias de la red, que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento de receta. Si su problema está relacionado con la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja formal ante la Organización para la mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA DE MEDICAMENTOS (MTM)?

Un Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Pueden invitarle a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y de farmacia. Puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche completamente este servicio cubierto si es seleccionado. Comuníquese con PUP Extra (HMO SNP) para obtener más detalles.

¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS PUEDE CUBRIR LA PARTE B DE MEDICARE?

La Parte B de Medicare puede cubrir algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Pueden incluirse, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con PUP Extra (HMO SNP) para obtener más detalles.

- **Algunos antígenos:** Si son preparados por un médico y se administran por una persona adecuadamente capacitada (que puede ser el paciente) bajo supervisión del médico.
- **Medicamentos para la osteoporosis:** Medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres que tienen Medicare.
- **Eritropoyetina (Epoetina Alfa o Epogen®):** Inyectable, si sufre de enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Factores de coagulación para la hemofilia:** Factores de coagulación autoinyectables si sufre de hemofilia.
- **Medicamentos inyectables:** La mayoría de los medicamentos inyectables administrados que son inherentes al servicio del médico.
- **Medicamentos inmunosupresores:** La terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados, si el trasplante lo pagó Medicare o si lo pagó un seguro privado como pagador principal de su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- **Algunos medicamentos orales contra el cáncer:** Si el mismo medicamento está disponible como inyectable.
- **Medicamentos orales antieméticos:** Si se somete a un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- **Los medicamentos de inhalación e infusión proporcionados a través de un Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).**

¿DÓNDE PUEDO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LAS CALIFICACIONES DEL PLAN?

El programa Medicare califica el nivel de desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, calificaciones por parte de los pacientes y servicio de atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas que aparecen en www.medicare.gov y seleccionar "Compare Medicare Prescription Drug Plans" (Comparar los planes de medicamentos de receta de Medicare) o "Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area" (Comparar los planes de salud y las pólizas de Medigap en su área) para comparar las calificaciones del plan para los planes Medicare de su área. También puede comunicarse directamente con nosotros para obtener una copia de las calificaciones para este plan. Nuestro número del servicio de atención al cliente se indica a continuación.

Llame a PUP para obtener más información acerca de PUP Extra (HMO SNP).

Visítenos en www.pupcorp.com o llámenos:

Horario del Servicio de atención al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este

Los miembros actuales deben llamar al número gratuito 1-866-571-0693 si tienen preguntas relacionadas con el programa *Medicare Advantage y los programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare*. (TTY/TDD 1-800-955-8771)

Los miembros actuales deben llamar localmente al número 1-866-571-0693 si tienen preguntas relacionadas con el programa *Medicare Advantage y los programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare*. (TTY/TDD 1-800-955-8771)

Las personas que desean ser miembros deben llamar al número gratuito 1-888-827-5787 si tienen preguntas relacionadas con el programa *Medicare Advantage y los programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare*. (TTY/TDD 1-800-955-8771)

Las personas que desean ser miembros deben llamar localmente al número 1-888-827-5787 si tienen preguntas relacionadas con el programa *Medicare Advantage y los programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare*. (TTY/TDD 1-800-955-8771)

Para obtener más información acerca de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Puede llamar las 24 del día, los 7 días de la semana. O visitar www.medicare.gov en Internet.

Este documento puede estar disponible en un formato o idioma diferente.

Para obtener información adicional, llame al servicio al cliente en el número de teléfono que aparece arriba.

This document may be available in a different format or language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

Si tiene preguntas acerca los beneficios o costos de este plan, comuníquese con PUP para obtener detalles.

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – Primas y otra información importante</p>	<p>La cantidad de participación en los costos de Medicare puede variar según su grado de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>En el año 2010, la prima mensual de la Parte B era \$0 o \$96.40 y puede cambiar para el año 2011; el monto deducible anual de la Parte B era \$0 o \$155, y también puede cambiar para el año 2011.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos son a menudo más altos, lo que significa que pagará más.</p>	<p>Generalidades</p> <p>* Todas las participaciones en los costos que se encuentran en este resumen de beneficios dependen de su grado de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>** Consulte su plan acerca de la participación en los costos cuando recibe los servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>Prima mensual del plan de \$13.50 además de su prima mensual de la Parte B de Medicare.*</p> <p>Este plan abarca todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin participación en los costos.*</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$700 de límite de gastos de bolsillo.</p> <p>Todos los servicios del plan incluidos.</p>
<p>2 – Elección del médico y del hospital <i>(Para obtener más información, consulte los Servicios de atención de emergencia, N.º 15, y de urgencia, N.º 16).</i></p>	<p>Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS

ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS

3 – Atención hospitalaria para pacientes internados
(*incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación*)

En el año 2010, los montos para cada período de beneficios eran de **\$0** o los siguientes:
Días 1 a 60: Deducible de **\$1,100***
Días 61 a 90: **\$275** por día*
Días 91 a 150: **\$550** por día de reserva de por vida*

Estos montos se modificarán para el año 2011.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre los días de reserva de por vida.

Los días de reserva de por vida se pueden utilizar una sola vez.

Un "período de beneficios" comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin que esté internado o reciba atención de sanatorio especializado. Si lo vuelven a internar después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.

Dentro de la red

La cantidad de días cubiertos por el plan para cada período de beneficios es ilimitada.

Copago de **\$0**

Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan de que usted ingresará en el hospital.

4 – Atención de salud mental para pacientes internados

Se aplican los mismos deducibles y copagos que los del cuidado de hospital de paciente internados (consulte la sección anterior "Atención hospitalaria para pacientes internados").

Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.

Dentro de la red

Tiene hasta 190 días para pasar en un hospital psiquiátrico una sola vez en la vida.

Copago de **\$0**

Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan de que usted ingresará en el hospital.

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>5 – Centro de enfermería especializada (SNF) <i>(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</i></p>	<p>En el año 2010, los montos para cada período de beneficios después de, al menos, una estancia en el hospital cubierta de tres días eran los siguientes: Días 1 a 20: \$0 por día* Días 21 a 100: \$0 o \$137.50 por día*</p> <p>Estos montos se modificarán para el año 2011.</p> <p>100 días para cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que lo internan en un hospital o en un SNF. Finaliza cuando pasan 60 días seguidos sin que esté internado o reciba atención de sanatorio especializado. Si lo vuelven a internar después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días para cada período de beneficios</p> <p>No es necesaria una estancia previa en el hospital.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de SNF</p>
<p>6 – Atención médica domiciliaria <i>(incluye atención intermitente y necesaria médicamente de enfermería especializada, servicios de asistente de salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</i></p>	<p>Copago de \$0.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas médicas domiciliarias cubiertas por Medicare.*</p>
<p>7 – Centro de cuidados paliativos</p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y parte del cuidado paliativo para pacientes internados.</p> <p>Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p>Generalidades Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
CUIDADO DE PACIENTES AMBULATORIOS		
<p>8 – Visitas al consultorio médico</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p>	<p>Generalidades Consulte la sección “Bienvenido a Medicare” y “Visita anual para el bienestar” para obtener más información.</p> <p>Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para el costo de cada visita de atención de urgencia dentro de la red y del área cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
<p>9 – Servicios quiroprácticos</p>	<p>No se cubre la atención de rutina</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para la manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir la subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si recibe atención de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas al quiropráctico que están cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir la subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si recibe atención de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>
<p>10 – Servicios de podología</p>	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para atención de podología necesaria médicamente, incluida la atención de afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de podología cubiertos por Medicare.*</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado, necesario médicamente, de los pies.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
11 – Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Coseguro del 0% o 45% de la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de salud mental cubiertas por Medicare.*</p>
12 – Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Coseguro del 0% o 20% .	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas cubiertas por Medicare.*</p>
13 – Cirugía/servicios para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 0% o 20% para el médico</p> <p>Copago no especificado por cargos de instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible del hospital para pacientes internados de la Parte A.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% por cargos de instalaciones de centros de cirugías ambulatorias.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.*</p> <p>Copago de \$0 en cada visita cubierta por Medicare a la instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios.*</p>
14 – Servicios de ambulancia <i>(servicios de ambulancia necesarios médicamente)</i>	Coseguro del 0% o 20% .	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 o \$25 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>15 – Atención de emergencia <i>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, de manera razonable, que necesita atención de emergencia).</i></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para el médico</p> <p>Copago especificado por cargos de instalaciones de salas de emergencia del hospital (Emergency Room, ER).</p> <p>El copago de ER no puede exceder el deducible del hospital para pacientes internados de la Parte A.</p> <p>No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si lo internan por la misma afección dentro de los tres días de la visita a la sala de emergencias.</p> <p>NO está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>Generalidades Copago de \$0 o \$25 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.*</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$10,000 por año para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.</p>
<p>16 – Atención de urgencia <i>(NO es lo mismo que la atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera del área de servicio).</i></p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p> <p>NO está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>Generalidades Copago de \$0 para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.*</p>
<p>17 – Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(Servicios de terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje, terapia respiratoria, sociales/ psicológicos y otros más)</i></p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para las visitas de terapia física y/o del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS		
<p>18 – Equipo médico duradero (<i>incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.</i>)</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>19 – Dispositivos protésicos (<i>incluye aparatos ortopédicos, extremidades, ojos artificiales, etc.</i>)</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>20 – Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia de nutrición y suministros (<i>incluye cobertura para medidores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, pruebas de control, capacitación para autocontrol, examen de retina/prueba de glaucoma y examen de los pies/zapatos blandos terapéuticos</i>)</p>	<p>Coseguro del 0% o 20%.</p> <p>La terapia de nutrición es para las personas que sufren de diabetes o enfermedad renal (pero que no están bajo tratamiento con diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y tienen que ser derivadas por un médico. Estos servicios pueden ser provistos por un nutricionista registrado o pueden incluir una evaluación y asesoramiento nutricionales para ayudarle a controlar la diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para la capacitación en autocontrol de la diabetes.*</p> <p>Copago de \$0 para la terapia de nutrición de la diabetes.*</p> <p>0% o del 0% al 20% del costo de los suministros para la diabetes.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>21 - Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para las pruebas de diagnóstico y radiografías</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico necesarios médicamente que solicita su médico tratante cuando los brinda un laboratorio certificado según las Enmiendas para la mejora de los laboratorios clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) que participa de Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se brindan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de control de rutina, como el control del colesterol.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de laboratorio* • pruebas y procedimientos de diagnóstico* • radiografías* • servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir radiografías)* • servicios radiológicos terapéuticos*
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>22 – Examen de densitometría ósea <i>(para personas que tienen Medicare y están en riesgo)</i></p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es necesario médicamente) si reúne determinados requisitos médicos.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.*</p>
<p>23 – Exámenes de detección de cáncer colorrectal <i>(para personas con Medicare de 50 años o mayores)</i></p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible de control.</p> <p>Brinda cobertura para las personas con alto riesgo o para las personas de 50 años y mayores.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>24 – Vacunas <i>(Vacuna contra la gripe y la hepatitis B -para personas con Medicare que están en riesgo- y vacuna contra la neumonía)</i></p>	<p>Copago de \$0 para vacunas contra la gripe, neumonía y hepatitis B.</p> <p>Es posible que necesite recibir la vacuna contra la neumonía una sola vez en la vida. Llame a su médico para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p> <p>Copago de \$0 para la vacuna contra la hepatitis B.*</p> <p>No se necesita derivación para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p>
<p>25 - Mamografías <i>(controles anuales para mujeres con Medicare de 40 años o mayores)</i></p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible</p> <p>No se necesita derivación.</p> <p>Cubre un control al año para todas las mujeres con Medicare de 40 años o mayores. Se cubre una mamografía de detección temprana para las mujeres con Medicare de entre 35 y 39 años.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para mamografías de control cubiertas por Medicare.*</p>
<p>26 – Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos <i>(para mujeres que tienen Medicare)</i></p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolau.</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y clínicos de mama.</p> <p>Se cubre una prueba cada dos años. Se cubre una prueba por año para las mujeres con alto riesgo que tengan Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>27 – Exámenes de detección de cáncer de próstata <i>(para hombres con Medicare de 50 años o mayores)</i></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para el examen digital del recto.</p> <p>\$0 para el examen de detección de antígenos prostáticos (Prostate Specific Antigen, PSA); coseguro del 0% o 20% para otros servicios relacionados.</p> <p>Cubre un control al año para todos los hombres con Medicare de más de 50 años.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el examen de detección de cáncer de próstata cubierto por Medicare.*</p>
<p>28 – Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para diálisis renal</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal</p> <p>La terapia de nutrición es para las personas que sufren de diabetes o enfermedad renal (pero que no están bajo tratamiento con diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y tienen que ser derivadas por un médico. Estos servicios pueden ser provistos por un nutricionista registrado o pueden incluir una evaluación y asesoramiento nutricionales para ayudarle a controlar la diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de la diálisis renal*</p> <p>Copago de \$0 en la terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>29 – Medicamentos recetados</p>	<p>Original Medicare no cubre la mayoría de los medicamentos. Para agregar la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, puede adherirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare o puede obtener la cobertura completa de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados, al adherirse a un plan Medicare Advantage o un plan Medicare Cost que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>Generalidades Deducible anual de \$0 para los medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Copago de 0% o 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Medicamentos, suministros o servicios de infusión domiciliaria</p> <p>Generalidades Copago de \$0 para los medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos por la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>Generalidades Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio www.pupcorp.com de Internet. Es posible que se apliquen costos de bolsillo diferentes a personas</p> <ul style="list-style-type: none"> • con escasos ingresos, • que viven en centros de atención de cuidados a largo plazo o • que tienen acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service). <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando se encuentra de viaje).</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que pagan usted, el plan y Medicare.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección.</p> <p>Existen límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de PUP Extra (HMO SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos, debe ir a determinadas farmacias debido a los requisitos de manipulación especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos están enumerados en el sitio web del plan, en el formulario y en los materiales impresos, así como también en la herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas en www.medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que la cantidad habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto mayor de participación en los costos.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Según su estado institucional y sus ingresos, usted paga lo siguiente:</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$1.10 o • Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$3.30 o • Un copago de \$6.30 . <p>Farmacia minorista Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (30 días) • Suministro para tres meses (90 días) <p>Farmacia de atención de largo plazo Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (31 días) <p>Pedido por correo Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para tres meses (90 días) <p>Cobertura en situación catastrófica Cuando sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, usted paga un copago de \$0.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>(Continuación)</p> <p>29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, como en el caso de una enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar un monto mayor que la cantidad normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y tendrá que presentar la documentación para que PUP Extra (HMO SNP) le proporcione el reembolso.</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (30 días) <p>Cobertura inicial fuera de la red Según su estado institucional y sus ingresos, PUP Extra (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos menos lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$1.10 o • Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos adquiridos fuera de la red, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$3.30 o • Un copago de \$6.30.

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red Cuando sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará el monto total de los medicamentos adquiridos fuera de la red.</p>
<p>30 – Servicios odontológicos</p>	<p>No se cubren servicios dentales preventivos (como limpiezas).</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para los siguientes beneficios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen bucal cada seis meses • hasta una limpieza cada seis meses • hasta un tratamiento con flúor por año • hasta una radiografía odontológica por año
<p>31 – Servicios auditivos</p>	<p>No se cubren los exámenes de audición de rutina ni los audífonos.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% para los exámenes de audición de diagnóstico.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen de audición de rutina por año • hasta una evaluación de adaptación de audífonos por año <p>Copago de \$0 para un audífono cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$500 para audífonos cada dos años.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>32 – Servicios oftalmológicos</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>No se cubren los exámenes oculares de rutina ni los anteojos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Se cubren los controles anuales de glaucoma para las personas en riesgo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.*</p> <ul style="list-style-type: none"> • y hasta un examen ocular de rutina por año <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> • un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas* • hasta un par de anteojos por año • hasta un par de lentes de contacto por año <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para anteojos por año.</p>
<p>33 - Bienvenido a Medicare y Visita anual para el bienestar</p>	<p>Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare es elegible para lo siguiente.</p> <p>Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede recibir un examen de Bienvenida a Medicare o una Visita anual para el bienestar.</p> <p>Después de los primeros 12 meses, puede recibir una Visita anual para el bienestar cada 12 meses.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de Bienvenida a Medicare ni para la Visita anual para el Bienestar.</p> <p>El examen de Bienvenida a Medicare no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para examen de rutina.</p> <p>Límite de un examen por año.</p> <p>Copago de \$0 para las visitas anuales para el bienestar y los exámenes físicos preventivos iniciales cubiertos por Medicare.*</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>34 - Educación para la salud/bienestar</p>	<p>Dejar de fumar: Se cubre si lo solicita su médico. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses si le diagnostica una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Debe pagar el coseguro y se aplica el deducible de la Parte B.</p> <p>Copago de \$0 para el examen de detección de VIH, pero generalmente paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para la visita al médico.</p> <p>Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para personas con Medicare que están embarazadas y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios de educación para salud/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales escritos de educación para la salud, incluidos boletines informativos • Membresía en un gimnasio/clases de gimnasia • Línea directa de enfermería <p>Copago de \$0 para cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para cada examen de detección de VIH cubierto por Medicare.*</p> <p>Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para personas con Medicare que están embarazadas y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>
<p>Transporte <i>(Rutina)</i></p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para hasta dos viajes de ida a una ubicación aprobada por el plan.</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre la acupuntura.</p>

SECCIÓN IV - DECLARACIÓN INTEGRAL ESCRITA PARA LAS PERSONAS QUE DESEAN INSCRIBIRSE - COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SNP) DE MEDICAID

En el siguiente cuadro se muestran los beneficios a los que tiene derecho, conforme al Título XIX - Medicaid, los copagos solicitados por Medicaid y la cobertura proporcionada por el plan de PUP Extra (HMO).

Resumen de Beneficios de Contrato H5696, Plan 021

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1 – Primas y otra información importante	El miembro debe mantener la elegibilidad de Medicaid.	<p>Generalidades</p> <p>* Todas las participaciones en los costos que se encuentran en este resumen de beneficios dependen de su grado de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>** Consulte su plan acerca de la participación en los costos cuando recibe los servicios de proveedores fuera de la red.</p> <p>Prima mensual del plan de \$13.50 además de su prima mensual de la Parte B de Medicare.*</p>
2 – Elección del médico y del hospital <i>(Para obtener más información, consulte los Servicios de atención de emergencia, N.º 15, y de urgencia, N.º 16).</i>	Según sus ingresos, podría tener un monto de responsabilidad del paciente determinado por el Departamento de niños y familia.	<p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
3 – Atención hospitalaria para pacientes internados <i>(Incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)</i>	Copago de \$3 , a menos que esté exento. Los adultos de 21 años y mayores tienen un límite de 45 días por año fiscal para el estado de Florida (del 1.º de julio al 30 de junio). No hay límites en la cantidad de días en que Medicaid puede realizar reembolsos a beneficiarios de 20 años de edad o menores.	Dentro de la red La cantidad de días cubiertos por el plan para cada período de beneficios es ilimitada. Copago de \$0 Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan de que usted ingresará en el hospital.
PREVENTIVE SERVICES		
4 – Atención de salud mental para pacientes internados	Copago de \$0 . Los adultos de 21 años y mayores tienen un límite de 45 días por año fiscal para el estado de Florida (del 1.º de julio al 30 de junio, incluida la salud mental). No hay límites en la cantidad de días en que Medicaid puede realizar reembolsos a beneficiarios de 20 años de edad o menores. Es posible que se requiera autorización previa.	Dentro de la red Tiene hasta 190 días para pasar en un hospital psiquiátrico una sola vez en la vida. Copago de \$0 Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan de que usted ingresará en el hospital.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>5 - Centro de enfermería especializada (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del Programa de atención institucional de Medicaid (Institutional Care Program, ICP). La unidad CARES del Departamento de niños y familias define la elegibilidad y el nivel de atención.</p> <p>Los servicios del centro de enfermería podrían incluir servicios poshospitalarios en un hospital rural de cuidados intensivos y servicios de enfermería especializada prestados en un hospital especializado de un centro rural. Los servicios de enfermería especializada prestados en un hospital no pueden exceder los 30 días (a menos que CARES autorice una extensión de 15 días)</p> <p>Según sus ingresos, podría tener un monto de responsabilidad del paciente determinado por el Departamento de niños y familia.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red El plan cubre hasta 100 días para cada período de beneficios</p> <p>No es necesaria una estancia previa en el hospital.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de SNF</p>
<p>6 – Atención médica domiciliaria (incluye atención intermitente y necesaria médicamente de enfermería especializada, servicios de asistente de salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Copago de \$2, a menos que esté exento.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas médicas domiciliarias cubiertas por Medicare.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
7 – Centro de cuidados paliativos	<p>Una vez que elije recibir cuidados paliativos, Medicaid no reembolsará ningún otro servicio de Medicaid que trate afecciones terminales.</p> <p>Medicaid puede reembolsar los servicios que son requeridos por afecciones que no está totalmente relacionadas con la afección terminal.</p>	<p>Generalidades Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>
CUIDADO DE PACIENTES AMBULATORIOS		
8 - Visitas al consultorio médico – PCP/especialistas	<p>Copago de \$2 por día (incluido enfermero practicante o asistente médico).</p> <p>Rural Health Clinic - Copago de \$3 por proveedor y día. Federally Qualified Health Center (FQHC) - Copago de \$3 por clínica y día.</p> <p>County Health Department (CHD) - Copago de \$0 , una consulta por día.</p>	<p>Generalidades Consulte la sección “Exámenes físicos” para obtener más información.</p> <p>Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita al médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y en el área.*</p> <p>Copago de \$0 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
9 – Servicios quiroprácticos	<p>Copago de \$1 por proveedor y día, a menos que esté exento.</p> <p>Las visitas están limitadas a un total de 24 visitas necesarias y adecuadas médicamente durante un año natural. Medicaid no reembolsa tratamientos de calor o masajes.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas al quiropráctico que están cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir la subluxación (desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si recibe atención de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
10 – Servicios de podología	<p>Copago de \$2 por proveedor y día, a menos que esté exento.</p> <p>Medicaid reembolsa los costos del cuidado de los pies de rutina si está bajo atención médica por una enfermedad metabólica, si tiene afecciones por problemas circulatorios o si tiene afecciones de desensibilización de las piernas o los pies.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de podología cubiertos por Medicare.*</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado, necesario médicamente, de los pies.</p>
11 – Salud mental para pacientes ambulatorios - Individual	<p>Proporcionado conforme a la Community Behavioral Health. Copago de \$2 por proveedor y día, a menos que esté exento.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de salud mental cubiertas por Medicare.*</p>
12 – Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Proporcionado conforme a la Community Behavioral Health. Copago de \$2 por proveedor y día, a menos que esté exento.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas cubiertas por Medicare.*</p>
13 - Servicios/cirugías para OP	<p>Copago de \$0 cuando se realizan en un Centro de cirugías ambulatorias.</p> <p>Copago de \$3, a menos que esté exento.</p> <p>El reembolso de Medicaid para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios está limitado a \$1,500, por año natural para el estado de Florida (del 1.º de julio al 30 de junio) si tiene 21 años o más. No hay límite para personas de 20 años de edad o menores.</p> <p>Las excepciones a la limitación se aplican a procedimientos quirúrgicos realizados en un entorno ambulatorio, servicios de quimioterapia y servicios de diálisis.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.*</p> <p>Copago de \$0 en cada visita cubierta por Medicare a la instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
14 – Servicios de ambulancia <i>(servicios de ambulancia necesarios médicamente)</i>	Copago de \$0 .	Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 o \$25 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.*
15 – Atención de emergencia <i>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, de manera razonable, que necesita atención de emergencia).</i>	Coseguro del 5% hasta los primeros \$300 del pago de Medicaid para cada visita a la sala de emergencias por servicios cuando no se trate de una emergencia y no se excedan los \$15 .	Generalidades Copago de \$0 o \$25 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.* Límite de cobertura del plan de \$10,000 por año para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.
16 – Atención de urgencia <i>(NO es lo mismo que la atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera del área de servicio).</i>	N/D	Generalidades Copago de \$0 para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.*

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>17 – Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(terapia ocupacional, física, del lenguaje y del habla)</i></p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Medicaid reembolsa servicios de terapia ocupacional, terapia física, patología del habla/lenguaje o terapia respiratoria necesarios médicamente para todos los beneficiarios de Medicaid de 20 años de edad o menores.</p> <p>Para los miembros de 21 años de edad o mayores, los servicios de terapia ocupacional, terapia física, patología del habla/lenguaje o terapia respiratoria están cubiertos conforme a los beneficios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Medicaid reembolsa servicios de patología del habla/lenguaje por la provisión de sistemas de comunicación argumentativa y de asistencia, independientemente de la edad.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para las visitas de terapia física y/o del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.*</p>
CUIDADO DE PACIENTES AMBULATORIOS		
<p>18 – Equipo médico duradero <i>(incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i></p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Algunos servicios de DME y suministros médicos son reembolsables únicamente para beneficiarios de 20 años o menores.</p> <p>Las sillas de ruedas personalizadas deben ser autorizadas previamente.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>19 – Dispositivos protésicos <i>(incluye aparatos ortopédicos, extremidades, ojos artificiales, etc.)</i></p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Algunos servicios de DME y suministros médicos son reembolsables únicamente para beneficiarios de 20 años o menores.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>20 – Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia de nutrición y suministros <i>(incluye cobertura para medidores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, pruebas de control, capacitación para autocontrol, examen de retina/prueba de glaucoma y examen de los pies/zapatos blandos terapéuticos)</i></p>	<p>Copago de \$0.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para la capacitación en autocontrol de la diabetes.*</p> <p>Copago de \$0 para la terapia de nutrición de la diabetes.*</p> <p>0% o del 0% al 20% del costo de los suministros para la diabetes.*</p>
<p>21 - Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Excepto Copago de \$1 por servicios de laboratorios independientes y radiografías portátiles, a menos que esté exento. Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/especialista en servicios médicos.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de laboratorio* • pruebas y procedimientos de diagnóstico* • radiografías* • servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir radiografías)* • servicios radiológicos terapéuticos*
<p>22 – Examen de densitometría ósea <i>(para personas que tienen Medicare y están en riesgo)</i></p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es necesario médicamente) si reúne determinados requisitos médicos.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
23 – Exámenes de detección de cáncer colorrectal <i>(para personas con Medicare de 50 años o mayores)</i>	Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.*
24 – Vacunas <i>(Vacuna contra la gripe y la hepatitis B -para personas con Medicare que están en riesgo- y vacuna contra la neumonía)</i>	Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para las vacunas contra la gripe y la neumonía. Copago de \$0 para la vacuna contra la hepatitis B.* No se necesita derivación para las vacunas contra la gripe y la neumonía.
25 – Mamografías (control anual) <i>(para mujeres con Medicare de 40 años y mayores)</i>	Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para mamografías de control cubiertas por Medicare.*
26 – Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos <i>(para mujeres que tienen Medicare)</i>	Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.*
27 – Exámenes de detección de cáncer de próstata <i>(para hombres con Medicare de 50 años o mayores)</i>	Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para el examen de detección de cáncer de próstata cubierto por Medicare.*

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
28 – Enfermedad renal en etapa terminal	<p>Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección Servicios para pacientes ambulatorios y proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/ especialista en servicios médicos.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0% o 20% del costo de la diálisis renal*</p> <p>Copago de \$0 en la terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.*</p>
29 – Medicamentos recetados	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>Medicaid le reembolsa el 20% del deducible de Medicare o hasta el monto permisible de Medicaid para los siguientes medicamentos de la Parte B de Medicare si es elegible doblemente: Medicamentos inmunosupresores, medicamentos para la hemofilia, medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos orales antieméticos.</p> <p>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos cubiertos por Medicaid:</p> <p>Actiq®, albúmina, Aranesp®, Botox®, Cytogam®, Fuzeon®, hormona de crecimiento para adultos con deficiencias en la hormona de crecimiento, inmunoglobulinas, Leukine®, Neupogen®, Neurontin®, Neulasta®, Neutrexin®, Orfandin®, Oxycontin®, Panretin®, Proleukin®, Provigil®, Procrit®, Serostim®, Targretin® gel y cápsulas, Regranex® en centros de atención a largo plazo, Vfend®, Valycte®, Xenical®, Venofer® y hormona de crecimiento humano para adultos con VIH/SIDA. Se requiere autorización previa para todos los medicamentos recetados que no se encuentran en la Lista de medicamentos recetados (Prescription Drug List, PDL). Los antirretrovirales para VIH/SIDA están exentos de las restricciones de la PDL.</p>	<p>Drugs covered under Medicare Part B</p> <p>General \$0 yearly deductible for Part B-covered drugs.*</p> <p>0% or 20% of the cost for Part B-covered chemotherapy drugs and other Part B-covered drugs.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>(Continuación)</p> <p>29 – Medicamentos recetados</p>	<p>Medicaid procesa todas las reclamaciones relacionadas con recetas a través de la Revisión de utilización de medicamentos (Drug Utilization Review, DUR) y no reembolsará las recetas de medicamentos que se repongan con demasiada frecuencia o demasiado pronto, o bien, que resulten en dosis excesivamente altas.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare Medicaid reembolsa los siguientes medicamentos que son excluidos por la Parte D de Medicare si es elegible doblemente: Preparaciones de hierro, aspirinas, Tylenol para el tratamiento de la artritis en tamaños seleccionados por paquete, antifúngicas vaginales tópicos o-t-c, guaifenesina como productos con calcio de agentes únicos, como aglutinantes de fosfato para pacientes con diálisis renales, ácido fólico recetado para el fortalecimiento como entidad única y suplementos de vitaminas/minerales recetados para el fortalecimiento de los pacientes con diálisis.</p> <p>Copago de \$0 para todos los demás medicamentos.</p>	<p>Medicamentos, suministros o servicios de infusión domiciliaria</p> <p>Generalidades Copago de \$0 para los medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos por la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p> <p>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</p> <p>Generalidades Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio www.pupcorp.com de Internet. Es posible que se apliquen costos de bolsillo diferentes a personas</p> <ul style="list-style-type: none"> • con escasos ingresos, • que viven en centros de atención de cuidados a largo plazo o • que tienen acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service). <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando se encuentra de viaje).</p> <p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que pagan usted, el plan y Medicare.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>(Continuación)</p> <p>29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Existen límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de PUP Extra (HMO SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos, debe ir a determinadas farmacias debido a los requisitos de manipulación especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos están enumerados en el sitio web del plan, en el formulario y en los materiales impresos, así como también en la herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas en www.medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que la cantidad habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto mayor de participación en los costos.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p>Cobertura inicial Según su estado institucional y sus ingresos, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$1.10 o • Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$3.30 o • Un copago de \$6.30.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p>(Continuación)</p> <p>29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Farmacia minorista Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (30 días) • Suministro para tres meses (90 días) <p>Farmacia de atención de largo plazo Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (31 días) <p>Pedido por correo Puede obtener medicamentos de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para tres meses (90 días) <p>Cobertura en situación catastrófica Cuando sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, como en el caso de una enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar un monto mayor que la cantidad normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y tendrá que presentar la documentación para que PUP Extra (HMO SNP) le proporcione el reembolso.</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para un mes (30 días)

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Cobertura inicial fuera de la red Según su estado institucional y sus ingresos, PUP Extra (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos menos lo siguiente:</p> <p>Para medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$1.10 o • Un copago de \$2.50 <p>Para todos los demás medicamentos adquiridos fuera de la red, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$0 o • Un copago de \$3.30 o • Un copago de \$6.30 . <p>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red Después de que sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará el monto total de los medicamentos adquiridos fuera de la red.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
30 – Servicios odontológicos	<p>Si tiene 21 años o más: Coseguro del 5% para todos los procedimientos relacionados con dentaduras, a menos que esté exento.</p> <p>La cobertura está limitada a dentaduras completas o parciales extraíbles y emergencias necesarias médicamente.</p> <p>Procedimientos odontológicos para aliviar el dolor o la infección.</p> <p>Se requiere autorización previa para dentaduras parciales.</p> <p>Si tiene 20 años o menos Copago de \$0 para servicios odontológicos cubiertos.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ortodoncia y de dentaduras parciales.</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para los siguientes beneficios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen bucal cada seis meses • hasta una limpieza cada seis meses • hasta un tratamiento con flúor por año • hasta una radiografía odontológica por año
31 – Servicios auditivos	<p>Copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El reembolso de Medicaid para servicios auditivos tiene las siguientes limitaciones: • Las evaluaciones están limitadas a una cada tres años a partir de la fecha de servicio • La fecha de servicio de los audífonos es la fecha en que se pide el audífono • Los audífonos están limitados a uno cada tres años • Los implantes cocleares están limitados a uno por oído, no a dos. Los implantes cocleares deben ser autorizados previamente • Medicaid no reembolsa el reemplazo de baterías, cordones o cables ni la limpieza de mantenimiento de rutina • Medicaid no reembolsa las reparaciones hasta después de que haya vencido la garantía del fabricante. 	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen de audición de rutina por año • hasta una evaluación de adaptación de audífonos por año <p>Copago de \$0 para un audífono cada dos años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$500 para audífonos cada dos años.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
32 – Servicios oftalmológicos	<p>Copago de \$2 por proveedor y día, a menos que esté exento.</p> <p>Entre los servicios reembolsables de Medicaid se incluyen anteojos (un par de monturas cada dos años y un par de lentes por año) en base a la necesidad médica, reparaciones de anteojos, según sea necesario, y lentes de contacto necesarios médicamente.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.* <ul style="list-style-type: none"> • y hasta un examen ocular de rutina por año Copago de \$0 para <ul style="list-style-type: none"> • un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas* • hasta un par de anteojos por año • hasta un par de lentes de contacto por año Límite de cobertura del plan de \$100 para anteojos por año.</p>
33 - Bienvenido a Medicare y Visita anual para el bienestar	<p>Depende del lugar donde se preste el servicio: consulte la sección PCP/especialista en servicios médicos.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para examen de rutina.</p> <p>Límite de un examen por año.</p> <p>Copago de \$0 para las visitas anuales para el bienestar y los exámenes físicos preventivos iniciales cubiertos por Medicare.*</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
34 - Educación para la salud/bienestar	N/D	<p>Dentro de la red El plan cubre los siguientes beneficios de educación para salud/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales escritos de educación para la salud, incluidos boletines informativos • Membresía en un gimnasio/clases de gimnasia • Línea directa de enfermería <p>Copago de \$0 para cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para cada examen de detección de VIH cubierto por Medicare.*</p> <p>Los exámenes de detección de VIH están cubiertos para personas con Medicare que están embarazadas y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>
Transporte (Rutina)	<p>Copago de \$1 por cada viaje de ida, a menos que esté exento. Los viajes de ida y vuelta requieren de dos copagos.</p> <p>Los servicios de Transporte en ambulancia que no sean de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) están disponibles únicamente para beneficiarios elegibles que no puedan obtener el transporte por otros medios (como familia, amigos o recursos comunitarios). Los servicios de NEMT están programados a través del Coordinador de transporte comunitario (Community Transportation Coordinator, CTC) en cada condado, conforme al contrato celebrado con la Comisión de transporte para personas en situación de desventaja (Commission for the Transportation Disadvantaged).</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para hasta dos viajes de ida a una ubicación aprobada por el plan.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID	PUP EXTRA (HMO SNP)
Acupuntura	N/D	Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura.
Servicios de trasplantes - Órganos y médula ósea	<p>Copago de \$0.</p> <p>Si tiene 21 años o más, los trasplantes cubiertos son: trasplantes de páncreas, células intestinales/multiviscerales, riñón, córnea, hígado, pulmón, corazón y médula ósea cuando sea necesario y apropiado médicamente;</p> <p>Si tiene 20 años o menos, los trasplantes cubiertos son: trasplantes determinados como necesarios y adecuados médicamente.</p> <p>El reembolso de Medicaid para servicios de trasplantes tiene las siguientes limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las derivaciones de trasplantes fuera del estado para trasplantes de órganos y médula ósea deben ser solicitadas por un centro de trasplantes designado por Medicaid. La autorización previa debe ser enviada a la oficina de Medicaid para su revisión; • Las evaluaciones y los trasplantes fuera del estado no están cubiertas si los servicios están disponibles en el estado de Florida. <p>Los trasplantes de corazón, hígado y pulmón para adultos y los trasplantes de pulmones pediátricos requieren de autorización previa.</p> <p>Medicaid no reembolsa los procedimientos de trasplantes que se consideran de investigación o aquellos que no están probados clínicamente como efectivos, según se determine en la consulta del Consejo de asesoramiento para trasplantes de órganos.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Trasplantes cubiertos por Medicare: trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado, médula ósea y córnea.</p>

Fuente: Resumen de servicios de Medicaid en Florida, año fiscal 09/10, publicado por la Agencia de Administración de la Salud de Florida (Florida Agency for Healthcare Administration).



Toll-Free: 1-888-827-5787

TTY/TDD: 1-800-955-8771

8:00 am - 8:00 pm, Mon - Sun

www.UaskPUP.com

A health plan with a Medicare contract.

Teléfono Gratuito: 1-888-827-5787

TTY/TDD: 1-800-955-8771

8:00 am - 8:00 pm, lun - dom

www.UaskPUP.com

Un plan de salud con un contrato con Medicare.