



ACCREDITED
HEALTH PLAN

2011 Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage X
Summary
of **BENEFITS**
Resumen de Beneficios

EN ESPAÑOL

PUP ELITE (HMO) (031)

Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole,
Sumter Counties, FL

H5696_PUP601S CMS Approved 12122010

PUP 
Physicians United Plan™

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

De PUP Elite (HMO)

Del 1.º de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2011

FLORIDA CENTRAL

Gracias por su interés en PUP Elite (HMO). Nuestro plan es ofrecido por Physicians United Plan, Inc. (PUP), una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage. 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 Elite (HMO) 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 Medicare Original (cargo por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como PUP Elite (HMO). Además, puede tener otras opciones. Usted elige. Independientemente de lo que decida, sigue estando en el programa Medicare.

Puede inscribirse o darse de baja de un plan sólo en ciertos momentos. Llame a PUP Elite (HMO) 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 Elite (HMO) y el plan Medicare Original 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 Medicare Original.

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

¿DÓNDE SE ENCUENTRA DISPONIBLE PUP ELITE (HMO)?

The service area for this plan includes the following counties: Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole, Sumter Counties, FL. You must live in one of these areas to join the plan.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE EN PUP ELITE (HMO)?

You can join PUP Elite (HMO) if you are entitled to Medicare Part A and enrolled in Medicare Part B and live in the service area. However, individuals with End Stage Renal Disease are generally not eligible to enroll in PUP Elite (HMO) unless they are members of our organization and have been since their dialysis began.

¿PUEDO ELEGIR LOS MÉDICOS?

PUP Elite (HMO) 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 Medicare Original pagarán estos servicios.

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

PUP Elite (HMO) 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 Elite (HMO) 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 Elite (HMO) 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, puede ver el 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 deben 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 Elite (HMO), 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 Elite (HMO), 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 (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 Elite (HMO) 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 Perks (HMO) 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.
- **Eritropoietina (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 Elite (HMO).
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 ELITE (HMO)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – Primas y otra información importante</p>	<p>En el año 2010, la prima mensual de la Parte B era \$96.40 y puede cambiar para el año 2011; el monto deducible anual de la Parte B era \$155, y también puede cambiar para 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>La mayoría de la gente pagará la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima mayor debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para las personas solteras y \$170,000 para las parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>Generalidades</p> <p>Prima mensual del plan de \$50, además de su prima mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>La mayoría de la gente pagará la prima mensual estándar de la Parte B, además de la prima de su plan MA (Medicare Advantage). Sin embargo, algunas personas pagarán primas mayores de la Parte B y de la Parte D, debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para las personas solteras y \$170,000 para las parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y de la Parte D basadas en los ingresos, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Este plan abarca todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare sin participación en los costos.</p> <p>Dentro de la red \$3,400 de límite de gastos de bolsillo.</p> <p>Este límite incluye solamente los servicios cubiertos por Medicare.</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 fueron 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. Por cada período de beneficios, usted debe pagar el deducible por estancia en el hospital como paciente ingresado. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.

Dentro de la red

El plan cubre 90 días en cada período de beneficios.

Para estancias en hospital cubiertas por Medicare:

Días 1 - 5: Copago de **\$0** por día

Días 6 - 12: Copago de **\$50** por día

Días 13 - 90: Copago de **\$0** por día

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

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p>4 – Atención de salud mental para pacientes internados</p>	<p>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”).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la red Tiene hasta 190 días para pasar en un hospital psiquiátrico una sola vez en la vida.</p> <p>Para estancias en hospital cubiertas por Medicare: Días 1 - 4: Copago de \$0 por día Días 5 - 10: Copago de \$75 por día Días 11 - 90: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan de que usted ingresará en el hospital.</p>
<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: \$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. Por cada período de beneficios, usted debe pagar el deducible por estancia en el hospital como paciente ingresado. 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>Para estadías en un centro de enfermería especializada: Días 1 - 5: Copago de \$0 por día Días 6 - 75: Copago de \$20 por día Días 76 - 100: Copago de \$0 por día</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
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>	Copago de \$0	Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para las visitas médicas domiciliarias cubiertas por Medicare.
7 – Centro de cuidados paliativos	Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y parte del cuidado paliativo para pacientes ingresados. Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.	Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y parte del cuidado paliativo para pacientes ingresados. Debe recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.
CUIDADO DE PACIENTES AMBULATORIOS		
8 – Visitas al consultorio médico	Coseguro del 20%	Generalidades Consulte la sección “Bienvenido a Medicare” y “Visita anual para el bienestar” para obtener más información. Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita al médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$5 para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare dentro de la red y en el área. Copago de \$5 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
9 – Servicios quiroprácticos	<p>No se cubre la atención de rutina</p> <p>Coseguro del 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 \$5 para cada visita cubierta 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>
10 – Servicios de podología	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>Coseguro del 20% para atención de podología necesaria médicamente, incluida la atención de afecciones médicas que afectan los miembros inferiores.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$5 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado, necesario médicamente, de los pies.</p>
11 – Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 45% para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$5 para cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>
12 – Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$5 para las visitas individuales o grupales cubiertas por Medicare.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
13 – Cirugía/servicios para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 20% para el médico</p> <p>Copago 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 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 \$25 para cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Copago de \$0 a \$75 para cada visita cubierta por Medicare a la instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>
14 – Servicios de ambulancia <i>(servicios de ambulancia necesarios médicamente)</i>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para los beneficios de servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</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>Coseguro del 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 \$25 para las visitas cubiertas por Medicare a la sala de emergencias.</p> <p>\$20,000 de límite de cobertura del plan para servicios de emergencia fuera de los EE. UU. por año.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
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>	Coseguro del 20% o un copago fijo NO está cubierto fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas.	Generalidades Copago de \$5 para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.
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>	Coseguro del 20%	Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$5 para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de \$5 para las visitas de terapia física y/o del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Copago de \$5 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS		
18 – Equipo médico duradero <i>(incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	Coseguro del 20%	Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.
19 – Dispositivos protésicos <i>(incluye aparatos ortopédicos, extremidades, ojos artificiales, etc.)</i>	Coseguro del 20%	Generalidades Se pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<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 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</p> <p>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>Copago de \$0 para suministros de diabetes.</p>
<p>21 - Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Coseguro del 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</p> <p>Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 a \$15 para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$75 del costo de los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 a \$75 para los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías).</p> <p>Copago de \$55 para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se puede aplicar una participación en los costos de \$0 a \$10 para las visitas al consultorio separadas para procedimientos de diagnóstico, servicios y pruebas de laboratorio de pacientes ambulatorios.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
SERVICIOS PREVENTIVOS		
22 – Examen de densitometría ósea <i>(para personas que tienen Medicare y están en riesgo)</i>	Sin coseguro, copago ni deducible. Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es necesario médicamente) si reúne determinados requisitos médicos.	Dentro de la red Copago de \$0 para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.
23 – Exámenes de detección de cáncer colorrectal <i>(para personas con Medicare de 50 años o mayores)</i>	Sin coseguro, copago ni deducible para la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible de control. Brinda cobertura para las personas con alto riesgo o para las personas de 50 años y mayores.	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>	Copago de \$0 para vacunas contra la gripe, neumonía y hepatitis B. Es posible que necesite recibir la vacuna contra la neumonía una sola vez en la vida. Llame a su médico para obtener más información.	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 <i>(controles anuales para mujeres con Medicare de 40 años o mayores)</i>	Sin coseguro, copago ni deducible. No se necesita derivación. 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.	Dentro de la red Copago de \$0 para mamografías de control cubiertas por Medicare.

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<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>
<p>27 – Exámenes de detección de cáncer de próstata <i>(para hombres con Medicare de 50 años o mayores)</i></p>	<p>Coseguro del 20% para el examen digital del recto.</p> <p>\$0 para el examen de detección de antígenos prostáticos (Prostate Specific Antigen, PSA); coseguro del 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 20% para diálisis renal</p> <p>Coseguro del 20% en 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 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 ELITE (HMO)
<p>29 – Medicamentos recetados</p>	<p>Medicare Original no cubre la mayoría de los medicamentos. Para agregar la cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, 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 al plan Medicare Advantage o al plan Medicare Cost que ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <p>Generalidades 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.</p> <p>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 ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos que pagan ambos, usted y el plan.</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 Elite (HMO) 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>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y PUP Elite (HMO) aprueba la excepción, usted pagará, para dicho medicamento, la participación en los costos correspondiente al Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos.</p> <p>Dentro de la red Deducible de \$0.</p> <p>Los medicamentos suplementarios no cuentan en los costos de bolsillo por sus medicamentos.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance \$2,840:</p> <p>Farmacia minorista</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel • Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel • Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 3: Medicamentos preferidos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel • Copago de \$65 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel • Copago de \$240 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel • Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Farmacia de atención de largo plazo <i>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 3: Medicamentos preferidos de marca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$80 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 33% por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos de este nivel <p>Pedido por correo <i>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p><i>Nivel 3: Medicamentos preferidos de marca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$240 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel <p>Interrupción de cobertura adicional Usted paga lo siguiente:</p> <p>Farmacia minorista</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel • Copago de \$0 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel <p>Farmacia de atención de largo plazo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un suministro para un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel <p>Pedido por correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel <p>Cuando los costos totales de medicamentos por año alcancen \$2,840, usted recibe una cobertura limitada por el plan para ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en medicamentos de marca y en general no pagará más del 93% de los costos de medicamentos genéricos del plan, hasta que sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Cobertura en situación catastrófica Cuando sus costos de bolsillo por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, usted paga la cantidad que resulte mayor de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$2.50 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.30 para todos los demás medicamentos, o • Un coseguro del 5%. <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 Elite (HMO) le proporcione el reembolso.</p> <p>Cobertura inicial fuera de la red Por los medicamentos adquiridos fuera de la red, hasta que el costo de bolsillo total por medicamentos anuales alcance \$2,840, se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p>Nivel 3: Medicamentos preferidos de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$80 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos de este nivel <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p>Interrupción de la cobertura adicional fuera de la red Se le reembolsará hasta el costo total de estos medicamentos adquiridos fuera de la red menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos de este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos Por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta un 7% del costo permitido por el plan.</p> <p>Por los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el precio con descuento.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<p><i>(Continuación)</i> 29 – Medicamentos recetados</p>		<p><i>Nivel 3: Medicamentos preferidos de marca</i> Por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta un 7% del costo permitido por el plan.</p> <p>Por los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el precio con descuento.</p> <p><i>Nivel 4: Medicamentos no preferidos de marca y medicamentos no preferidos genéricos</i> Por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta un 7% del costo permitido por el plan.</p> <p>Por los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el precio con descuento.</p> <p><i>Nivel 5: Medicamentos del nivel de especialidad</i> Por los medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta un 7% del costo permitido por el plan.</p> <p>Por los medicamentos de marca adquiridos fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales por medicamentos anualmente alcancen \$4,550, se le reembolsará hasta el precio con descuento.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<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, por los medicamentos adquiridos fuera de la red, hasta el costo total del medicamento menos la participación en el costo que le corresponde a usted, que es la cantidad que resulte mayor entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un copago de \$2.50 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.30 para todos los demás medicamentos, o • Un coseguro del 5%. <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</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 \$5 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$5 para una visita al consultorio que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 1 examen/exámenes bucal/es cada seis meses • Hasta 1 limpieza/s cada seis meses • Hasta 1 tratamiento/s de flúor cada año • Hasta 1 radiografía/s odontológica/s cada año

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
31 – Servicios auditivos	<p>No se cubren los exámenes de audición de rutina ni los audífonos.</p> <p>Coseguro del 20% para los exámenes de audición de diagnóstico.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para hasta 1 audífono/s cada dos años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$5 para los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare. • Copago de \$0 para hasta 1 examen/exámenes de audición de rutina cada año. • Copago de \$0 para hasta 1 evaluación/evaluaciones de adaptación de audífonos cada año. <p>Límite de cobertura del plan de \$500 para audífonos cada dos años.</p>
32 – Servicios oftalmológicos	<p>Coseguro del 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 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 1 par/es de anteojos cada año • Hasta 1 par/es de lentes de contacto cada año • Copago de \$0 a \$5 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos. • Copago de \$0 para hasta 1 examen/exámenes ocular/es de rutina cada año. <p>Límite de cobertura del plan de \$100 para anteojos cada año.</p>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
<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 exámenes de rutina.</p> <p>Límite de 1 examen/exámenes cada año.</p> <p>Copago de \$0 para las visitas anuales para el bienestar y los exámenes físicos preventivos iniciales cubiertos por Medicare.</p>
<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 diagnostican 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 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>

BENEFICIO	MEDICARE ORIGINAL	PUP ELITE (HMO)
Transporte <i>(Rutina)</i>	Sin cobertura.	Dentro de la red Este plan no cubre el transporte de rutina.
Acupuntura	Sin cobertura.	Dentro de la red Este plan no cubre la acupuntura.



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.