

RESUMEN DE BENEFICIOS DE METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO) PARA 2024



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



Este es un resumen de los medicamentos y los servicios médicos cubiertos por MetroPlus Platinum Plan (HMO) del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

✓ MetroPlusHealth

NUESTRO **METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO)** OFRECE A LOS MIEMBROS TODOS LOS BENEFICIOS INCLUIDOS EN ORIGINAL MEDICARE, UNA SÓLIDA RED DE PROVEEDORES EN LOS CINCO DISTRITOS Y COBERTURA AUDITIVA EXTENDIDA. ¡ADEMÁS, UN EXCELENTE PROGRAMA DE RECOMPENSAS PARA MIEMBROS!



Llame a nuestra Línea de Ayuda 24/7 al **866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

Servicios odontológicos: **866.986.0356**

Servicios oftalmológicos: **866.986.0356**

LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN (PECL)

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda los beneficios y las normas de nuestro Plan. Deben revisarse los ítems que aparecen abajo antes de que se complete la inscripción. Si tiene preguntas adicionales, llame a la Línea de Ayuda 24/7 al **866.986.0356** (TTY: 711).

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) provee una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **metroplusmedicare.org**, o llámenos 24/7 al **866.986.0356** (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta estén ahora en la red. Si no los encuentra en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar a un médico nuevo.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en el directorio, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que los medicamentos estén cubiertos.

Comprenda normas importantes como las siguientes:

- Además de su prima mensual del plan, en caso de que le corresponda una prima del plan (en algunos de nuestros planes, los miembros pagan una prima de \$0), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se toma cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia, situaciones de atención de urgencia o ciertos mandatos estatales/federales, generalmente no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Si se está inscribiendo en uno de nuestros planes de necesidades especiales con doble elegibilidad — ya sea MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) o MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) — su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid. Si se está inscribiendo en nuestro MetroPlus Platinum Plan (HMO), su capacidad para inscribirse se basará únicamente en la verificación de que tiene derecho a Medicare.
- Impacto en la cobertura actual. Su cobertura de atención médica actual finalizará cuando comience la nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

Instrucciones: En caso de que no tenga un PCP o especialista, o de que no esté tomando medicamentos recetados, deje la línea correspondiente en blanco e ingrese el motivo por el cual no se ingresó la información. Por ejemplo: “No tenía la información al momento de la inscripción”.

Proveedores de la red

Médico de atención primaria (PCP) _____

Especialistas _____

Medicamentos recetados _____

Al firmar a continuación, el beneficiario y el agente dan fe de haber revisado la Lista de verificación previa a la inscripción.

Firma del representante/corredor: _____

ID del rep./corredor: _____

Firma del miembro: _____

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

Para inscribirse en **MetroPlus Platinum Plan (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano estadounidense o estar residiendo legalmente en los Estados Unidos, y residir en Manhattan, Brooklyn, Queens, el Bronx o Staten Island.

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

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$132.	Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene un deducible médico.
Responsabilidad máxima de desembolso propio (no incluye medicamentos recetados)	\$8,850 al año.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año.
Cobertura para pacientes hospitalizados en el hospital	Copago de \$225 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". No se requiere una autorización previa ni remisión.
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Centro quirúrgico ambulatorio 	Usted paga el 20 % del costo. Copago de \$50.	Se requiere una remisión.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Médico primario • Especialistas 	Usted no paga nada. Copago de \$40 por visita.	No se requiere remisión. Se requiere una remisión para el especialista.
Atención preventiva	Usted no paga nada.	Cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	Copago de \$100.	Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.
Servicios de necesidad urgente	Usted no paga nada.	

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Estudios de imagen <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) • Radiografías para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo.</p>	<p>Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para más información, comuníquese con el plan.</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina (hasta 1 cada año) • Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio • Ajuste/evaluación de audífonos • Audífono (1 cada 3 años) 	<p>Copago de \$20.</p> <p>Copago de \$20.</p> <p>Copago de \$20.</p> <p>Usted no paga nada.</p>	<p>Se requiere una remisión.</p> <p>Se requiere autorización previa para audífonos.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$500 cada 3 años por audífonos..</p>
Servicios dentales	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Servicios dentales limitados (no incluyen los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de los dientes). Se requiere una autorización previa.</p>
Servicios de cuidado de la vista	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, incluyendo prueba anual de detección de glaucoma. Se requiere una remisión.</p>
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	<p>Copago de \$195 por día para los días 1 al 8.</p> <p>Usted no paga nada para los días 9 al 90.</p>	<p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
Servicios de salud mental (visitas de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios)	<p>Copago de \$40.</p>	<p>No se requiere remisión.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>No paga nada para los días 1 al 20.</p> <p>Copago de \$200 por día para los días 21 al 100.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2023 y pueden cambiar en 2024. MetroPlus Platinum Plan (HMO) proveerá las tarifas actualizadas en cuanto estén disponibles.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa y remisión.</p>
Fisioterapia	<p>Copago de \$25.</p>	<p>Se requiere una remisión.</p> <p>Se requiere autorización previa luego de 10 visitas.</p>

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Ambulancia	Copago de \$100 por viaje de ida.	Si ingresa al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de ambulancia.
Transporte	Sin cobertura.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	20 % del costo de los medicamentos de quimioterapia. 20 % del costo de otros medicamentos de la Parte B.	Puede que se requiera una autorización previa o terapia escalonada.
Atención del pie (servicios de podología) • Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones	Copago de \$30.	Se requiere una remisión.
Equipos y suministros médicos • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, férulas, extremidades artificiales) • Suministros para diabetes	Usted paga el 20 % del costo. Usted paga el 20 % del costo. Usted paga el 20 % del costo.	Se requiere autorización previa.
Servicios de Telesalud	Usted no paga nada.	Los servicios de telesalud cubiertos incluyen: servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes. Se requiere una remisión, excepto para servicios de salud conductual.
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	Usted no paga nada.	Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.
Acupuntura (para tratar dolor crónico en la parte baja de la espalda)	Usted paga el 20 % del costo.	Los servicios cubiertos incluyen: 12 sesiones cubiertas en un período de 90 días. 8 sesiones adicionales se cubren para pacientes que muestren mejoría. El tratamiento debe abandonarse si el miembro no está mejorando o si está empeorando. Límite de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se requiere remisión y autorización previa.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Etapa 1:	Etapa de deducible anual	El plan tiene un monto de deducible de \$545 para los medicamentos recetados de la Parte D. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo completo de los medicamentos recetados de la Parte D.	
Etapa 2:	Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si lo hay)		Una vez que su costo total de medicamentos alcanza \$5,030, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de brecha en la cobertura).
	• Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Usted paga un coaseguro del 25 %	
	• Todos los demás medicamentos	Usted paga un coaseguro del 25 %	
Etapa 3:	Etapa de brecha en la cobertura		Una vez que su desembolso personal anual alcanza los \$8,000, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).
	• Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Usted paga un coaseguro del 25 %	
	• Todos los demás medicamentos	Debe pagar el coaseguro del 25 % y una parte del cargo por despacho	
Etapa 4:	Etapa de cobertura catastrófica		Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica , permanecerá en esta etapa hasta que termine el año.
	• Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos)	Usted paga \$0.	
	• Todos los demás medicamentos	Usted paga \$0.	

Consulte la página final para ver información sobre la cobertura de vacunas e insulina.

Información de contacto

Servicios odontológicos: **866.986.0356**

Servicios oftalmológicos: **866.986.0356**

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

Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente de Medicare y Usted. Puede verlo en línea en **medicare.gov** u obtener una copia llamando al **800.MEDICARE (800.633.4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **877.486.2048**.

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio. Llame a nuestra Línea de Ayuda 24/7 al **866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

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

Para inscribirse en este servicio, llame al Departamento de Atención al Cliente de **CVS Caremark** al **866.693.4615** o puede inscribirse en línea en **caremark.com**.



Para obtener más información, llámenos al número que aparece abajo o visítenos en metroplusmedicare.org.

Llame a nuestra Línea de Ayuda 24/7 al **866.986.0356** (TTY: 711) y un representante le ayudará.

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

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

MetroPlus Health Plan, Inc. es un plan HMO, HMO D-SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York para MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). **MetroPlusHealth no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare.**

La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-986-0356 (TTY: 711)。

✓ MetroPlusHealth

METROPLUSMEDICARE.ORG 866.986.0356 • TTY: 711



H0423_MKT24_2210s_M Accepted 09022023