

Resumen de beneficios del MetroPlus Platinum Plan (HMO) 2025



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.

Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios médicos cubiertos por MetroPlus Platinum Plan (HMO) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

 **MetroPlusHealth**



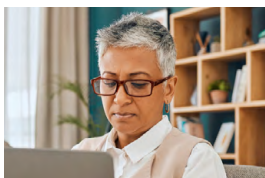
Nuestro **MetroPlus Platinum Plan (HMO)** ofrece a los miembros todos los beneficios incluidos en Original Medicare, una sólida red de proveedores en los cinco distritos y cobertura auditiva extendida. ¡Además, un excelente Programa de Recompensas para Miembros!



Póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.



Servicios odontológicos: **866.986.0356** (TTY: 711)



Servicios oftalmológicos: **866.986.0356** (TTY: 711)

MetroPlus Platinum Plan (HMO) es un plan Medicare Advantage que ofrece todos los beneficios de Original Medicare y mucho más. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en alguno de los siguientes condados: Bronx, Kings, New York, Queens o Richmond.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está de forma legal en los Estados Unidos.

MetroPlusHealth se encarga de facilitarle el acceso a la atención médica. Podemos ayudarlo a aumentar sus beneficios, apoyar sus necesidades médicas, responder sus preguntas y conectarlo con los recursos adecuados, sin necesidad de remitirlo a consultas con especialistas. Si cree que tiene Ayuda Adicional de Medicaid (también conocido como Subsidio por Bajos Ingresos) o el Programa de Ahorro de Medicare, tal vez tengamos un plan que se ajuste más a sus necesidades. Vaya a **metroplusmedicare.org** para ver una copia de la evidencia de cobertura (Evidence of coverage, EOC) o póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.

LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA AFILIACIÓN (PECL)

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Debe estudiar los puntos siguientes antes de concluir la inscripción. Si usted tiene alguna pregunta, llame a la Línea de Ayuda para ver una copia de su EOC.

La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) 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. Vaya a **metroplusmedicare.org** para ver una copia de la EOC o póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.

Consulte el directorio de proveedores (o a su médico) para asegurarse de que sus proveedores actuales (médico de atención primaria y especialistas) formen parte de la red. Si no los encuentra en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar a un proveedor nuevo.

¿Hay otros centros preferidos que deberían estar en la red? En caso afirmativo, por favor explique:

¿Su hospital se encuentra en la red? Si no se encuentra en la red, tendrá que elegir un nuevo hospital que forme parte de la red.

Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para medicamentos recetados se encuentre en la red. Si la farmacia no se encuentra en el directorio, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para los medicamentos recetados del beneficiario.

Comprenda que la información del programa Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare se le enviará y se incluirá con su paquete de correspondencia en el que se enviará la tarjeta de identificación de miembro en el momento de la afiliación.

¿Revisó el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos? Si no lo hizo, quizá deba pagar el costo total de dichos medicamentos recetados.

¿Tiene otras necesidades para el cuidado de su salud, como la obtención de equipo médico duradero o fisioterapia? En caso afirmativo, por favor explique:

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 del cheque del Seguro Social del beneficiario.

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 (aquellos que no se encuentran en nuestro directorio).

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.

Efecto en la cobertura actual. “Usted comprende que puede estar inscrito en un único plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará de forma automática su inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA)”. 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.

- Corresponde a MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) y MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) únicamente: La atención de emergencia se cubre tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero (fuera de los EE. UU.). Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente para servicios de emergencia médicamente necesarios.
- Corresponde a MetroPlus Platinum Plan (HMO) únicamente: La atención de emergencia se ofrece solo dentro de Estados Unidos y sus territorios.
- Los planes funcionan con el año calendario, por lo que sus beneficios, primas, copagos o coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.
- Los beneficios dentales, oftalmológicos y auditivos están sujetos a las limitaciones del plan y deben abordarse durante la explicación del resumen de beneficios.
- Usted tiene derecho a cancelar esta afiliación antes de la fecha de entrada en vigencia de su membresía, para lo que debe llamar a MetroPlusHealth al **866.986.0356** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.
- Usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención que usted recibió de un proveedor o farmacia, para lo que debe llamarnos al **866.986.0356** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Envíe un fax al 212.908.5196 o envíe una carta a MetroPlus Health Plan 50 Water St. 7th Fl New York, NY 10004.

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 \$92.	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)	\$9,350 al año.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Cobertura para pacientes hospitalizados en el hospital	Después de alcanzar el deducible de la Parte A de Original Medicare (\$1,600) por cada período de beneficios: \$0 por día de hospitalización del día 1 al 60 (por cada período de beneficios) y \$400 por día de hospitalización del día 61 al 90 (por cada período de beneficios), \$800 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta un máximo de 60 días durante toda su vida). Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.	Copago de \$225 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se requiere autorización previa. No se requiere remisión.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital <ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Centro quirúrgico ambulatorio 	El coaseguro del 20% por cada servicio en el hospital para pacientes ambulatorios se aplica al deducible de la Parte B.	<p>Usted paga el 20% del costo de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por el Centro quirúrgico ambulatorio.</p>	Se requiere una remisión.
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> Médico primario Especialistas 	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Copago de \$40 por visita.</p>	<p>No se requiere remisión.</p> <p>Se requiere una remisión para el especialista.</p>
Atención preventiva	Copago de \$0 para servicios de atención preventiva de Medicare	Usted no paga nada.	Cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B. Original Medicare NO cubre atención urgente y de emergencia en todo el mundo.	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	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B. Original Medicare NO cubre atención urgente y de emergencia en todo el mundo.	Usted no paga nada.	
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 	Original Medicare paga el costo total de las pruebas de diagnóstico de laboratorio cubiertas. Para servicios de radiología de diagnóstico, radiografías para pacientes ambulatorios y servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	<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>	Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
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 vez cada 3 años) 	<p>Original Medicare NO cubre los servicios de audición de rutina ni los audífonos.</p>	<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>Original Medicare NO cubre ninguna consulta de odontología de rutina, atención odontológica preventiva ni prótesis dentales. Sin embargo, Original Medicare cubrirá determinados servicios odontológicos que reciba cuando esté hospitalizado, por ejemplo, si necesita que le hagan procedimientos odontológicos complicados o de emergencia.</p>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Servicios odontológicos limitados (esto no incluye 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 oftalmológicos	<p>Original Medicare NO cubre servicios oftalmológicos de rutina. Original Medicare cubre algunos servicios oftalmológicos, como aquellos que se relacionan con la prevención de glaucoma y servicios para después de una cirugía de cataratas.</p>	<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>

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	Original Medicare cubre hasta 190 días de atención de salud mental durante toda la vida para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en el hospital para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en un hospital general. Para servicios que se prestan en un hospital general: Después de alcanzar el deducible de la Parte A de Medicare (\$1,600) por cada período de beneficios: \$0 por día de hospitalización del día 1 al 60 (por cada período de beneficios) y \$400 por día de hospitalización del día 61 al 90 (por cada período de beneficios), \$800 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada período de beneficios (hasta un máximo de 60 días durante toda su vida). Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.	Copago de \$195 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Se requiere autorización previa. No se requiere remisión.
Servicios de salud mental (visitas de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios)	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	Copago de \$40.	No se requiere una autorización previa ni remisión.
Centro de enfermería especializada	Por período de beneficios, usted paga \$0 por día para los días 1-20 y \$204 por día para los días 21-100; se requieren 3 días de estancia hospitalaria. Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.	No paga nada para los días 1 al 20. Copago de \$204 por día para los días 21 al 100. Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere una autorización previa. No se requiere remisión.
Fisioterapia	El coaseguro del 20% se aplica al deducible de la Parte B.	Copago de \$25.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa luego de 10 visitas.
Ambulancia	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	Copago de \$100 por viaje de ida.	Si ingresa al hospital, no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de ambulancia.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Transporte	Original Medicare NO cubre el transporte.	Sin cobertura.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	<p>La quimioterapia se administra en el consultorio del Proveedor de Atención Primaria: copago de \$0.</p> <p>En el consultorio de un especialista: \$40 de copago.</p> <p>Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: 20% del costo.</p> <p>Medicamentos inyectables que cubre la Parte B de Medicare: 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia. 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Los medicamentos quimioterapéuticos inyectables están cubiertos cuando se administran en el consultorio de un médico y se facturan como parte de una visita al médico.</p> <p>Puede que se requiera una autorización previa o terapia escalonada.</p>
Atención del pie (servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones 	Original Medicare NO cubre atención podológica de rutina. El coaseguro del 20% para el tratamiento médicamente necesario de lesiones o enfermedades del pie se aplica al deducible de la Parte B.	Copago de \$30.	Se requiere una remisión.
Equipos y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, férulas, extremidades artificiales) • Suministros para diabetes 	El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.	<p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p>	Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios de Telesalud	<p>Después del 31 de diciembre de 2024, los miembros que tengan Original Medicare podrán seguir utilizando algunos servicios de telesalud de Medicare sin necesidad de encontrarse en un entorno de atención de salud rural, incluyendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita mensual para diálisis en el hogar por Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) • Servicios para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo dondequiera que esté, incluso en una unidad móvil de accidentes cerebrovasculares • Servicios para tratamiento de consumo de sustancias o un trastorno concurrente de salud mental (a veces, llamado “diagnóstico doble”) o para diagnóstico, evaluación o tratamiento de un trastorno de salud mental, incluso en su hogar • Servicios de salud conductual (también llamados servicios de salud mental), incluso en su hogar • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Terapia de nutrición de Medicare 	<p>Consultas de Express Care gratuitas 24/7 con médicos y terapeutas desde su teléfono inteligente, su tableta o su computadora.</p>	<p>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.</p>
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	<p>El coaseguro del 20% por cada servicio se aplica al deducible de la Parte B.</p>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p>Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.</p>

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
<p>Acupuntura (para tratar dolor crónico en la parte baja de la espalda)</p>	<p>Original Medicare cubre hasta 12 visitas en 90 días de acupuntura para el dolor lumbar crónico bajo determinadas circunstancias. Se cubrirán ocho sesiones adicionales cuando se muestre una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento puede ser interrumpido si no hay signos de evolución o retroceso.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo.</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 sesiones cubiertas en un período de 90 días. 8 sesiones adicionales se cubren para pacientes que muestren mejoría. <p>El tratamiento debe abandonarse si el miembro no está mejorando o si está empeorando.</p> <p>Límite de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes</p>	<p>Medicare cubre hasta 2 análisis de glucosa en la sangre (nivel de azúcar en la sangre), con y sin prueba de hidratos de carbono, al año si su médico determina que está en riesgo de tener diabetes. Usted no paga nada por este análisis si su médico u otro profesional de atención médica calificado acepta la cesión.</p> <p>Medicare cubre la capacitación para el control personal de la diabetes para pacientes ambulatorios para enseñarles a afrontar y controlar su diabetes. El programa podría incluir consejos sobre cómo comer saludable, mantenerse activo, controlar la glucosa en la sangre (azúcar en la sangre), tomar medicamentos recetados y reducir los riesgos. Deben haberle diagnosticado diabetes y tener una orden por escrito de su médico u otro proveedor de atención médica. Algunos pacientes también podrían ser elegibles para recibir servicios de terapia médica de nutrición (consulte la página 46). Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare. Se aplica el deducible de la Parte B.</p>	<p>Coaseguro del 20% por plantillas o zapatos terapéuticos. Copago de \$0 por capacitaciones para el control personal de la diabetes. Los suministros para las personas diabéticas se limitan a las tiras reactivas para diabéticos de Abbott o las tiras reactivas para diabéticos de Ascensia. Si tiene un motivo médico para usar otra marca de tiras reactivas, su proveedor debe comunicarse con Servicios al Miembro.</p>	<p>Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los suministros para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de detección de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético en estado avanzado: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes. La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en circunstancias específicas. Coaseguro del 20% por suministros para monitorear su glucosa en sangre.

Primas y beneficios	Beneficios Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
<p>Programa de Prevención contra la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p>	<p>Medicare cubre un programa de modificación de la conducta en relación con la salud que se hace una vez en la vida para ayudarlo a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con sesiones centrales semanales que se ofrecen en grupo por un período de 6 meses. Cuando complete las sesiones básicas, recibirá 6 sesiones mensuales de seguimiento para ayudarlo a mantener hábitos saludables. Si comenzó el Programa de prevención contra la diabetes de Medicare en 2021 o antes, recibirá 12 sesiones mensuales adicionales, siempre que cumpla determinados objetivos de pérdida de peso.</p> <p>Puede obtener estos servicios de un proveedor autorizado del Programa de prevención contra la diabetes de Medicare. El proveedor autorizado puede ser un proveedor de atención médica tradicional o una organización, como por ejemplo un centro comunitario o una organización basada en fe.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>	<p>Los servicios MDPP serán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para modificar la conducta en relación con la salud que proporciona capacitación práctica para realizar cambios a largo plazo en la dieta, aumentar la actividad física y proporcionar estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
Etapa 1:	Etapa de deducible anual	El plan tiene un monto de deducible de \$590 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 desembolso personal anual alcanza los \$2,000, 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	Usted paga un coaseguro del 25%	
Etapa 3:	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** (TTY: 711)
 Servicios oftalmológicos: **866.986.0356** (TTY: 711)

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 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 afiliarse a este servicio, inscríbese en línea en **caremark.com** o llame al Departamento de Atención al Cliente **CVS Caremark's** al **866.693.4615** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 9 a.m. a 5 p.m. Un proveedor fuera de hora está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.





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

Llame a nuestra Línea de Ayuda al **866.986.0356** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 9 a.m. a 5 p.m. 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_MKT25s_3298_M