

Resumen de beneficios del MetroPlus Platinum Plan (HMO) 2027

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios médicos cubiertos por MetroPlus Platinum Plan (HMO) del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

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.

MetroPlusHealth



Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nuestro **MetroPlus Platinum Plan (HMO)** ofrece a sus miembros todos los beneficios de Original Medicare, una amplia red de proveedores en los cinco distritos, y nuevos beneficios, como una tarjeta OTC y cobertura odontológica integral — **todo por una prima de $0,** ¡además de un excelente programa de Recompensas para Miembros!



Comuníquese con **Servicios al Miembro** llamando 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)
O comuníquese con DentaQuest al 844.831.9099



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 Extra Help 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. Visite **metroplusmedicare.org** para ver una copia de su Evidencia de cobertura o comuníquese con nuestros Servicios al Miembro llamando 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.

Índice

Lista de verificación previa a la inscripción (PECL).....5

Beneficios y costos compartidos.....7

Lista de verificación previa a la inscripción (PECL)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y nuestras reglas. Revise los ítems que aparecen a continuación antes de inscribirse. 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. Visite **metroplusmedicare.org** para ver una copia de la EOC**,** o comuníquese con Servicios al Miembro llamando al **866.986.0356** para obtener más información (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/farmacias (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 tenga que seleccionar a un proveedor nuevo.

☐ ¿Hay otros centros preferidos que deberían estar en la red? Si contestó que sí, 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 proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener 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 inscripción.

☐ ¿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? Si contestó que sí, 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 en virtud de 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 sobre la cobertura actual. Usted comprende que puede estar inscrito en un único plan de Medicare Advantage (MA) a la vez y que, al inscribirse en este plan, finalizará de forma automática su inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service Plans, PFFS] y los planes de cuentas de ahorros médicos [Medical Savings Account, MSA] de MA). 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.
- ☐ La atención de emergencia está cubierta por MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y MetroPlus Platinum Plan (HMO) tanto en los Estados Unidos y a nivel mundial (fuera de los Estados Unidos). 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.
- ☐ Los planes funcionan según el año calendario, lo que significa que los beneficios, las primas o los copagos/coaseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.
- ☐ Los beneficios odontológicos, de la vista y de la audición están sujetos a limitaciones del plan y deben revisarse durante el análisis 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** a fin de 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 recibió de un proveedor o una 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 consultar el *directorio de proveedores y farmacias* y la "Evidencia de cobertura" de nuestro plan en **metroplusmedicare.org**. O llámenos y le enviaremos una copia del *directorio de proveedores y farmacias.*

Primas y beneficios	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga $0.	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)	$9,850 al año.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Cobertura para pacientes hospitalizados	Después de alcanzar el deducible de la Parte A de Original Medicare ($1,776) por cada período de beneficios: $0 por día de hospitalización del día 1 al 60 (por cada período de beneficios) y $444 por día de hospitalización del día 61 al 90 (por cada período de beneficios), $888 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).	Copago de $225 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días del 9 al 90.	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Se requiere una autorización previa. No se requiere remisión.
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital			
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20% por cada servicio de hospital como paciente ambulatorio. Se aplica al deducible de la Parte B.	• Usted paga el 20% del costo de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	• No se requiere remisión.
• Centro quirúrgico ambulatorio		• Usted paga un copago de $50 por el Centro quirúrgico ambulatorio.	• Se requiere remisión para el Centro Quirúrgico Ambulatorio.
Consultas médicas			
• Médico primario • Especialistas	Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	• Usted no paga nada. • Copago de $40 por visita.	• No se requiere remisión. • Se requiere una remisión para el especialista.
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.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Atención de emergencia	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	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			
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Original Medicare paga el costo total de las pruebas de diagnóstico de laboratorio cubiertas. Para servicios de radiodiagnóstico, radiografías para pacientes ambulatorios y servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	• Usted paga el 20% del costo.	Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
• Servicios de laboratorio		• Usted paga el 20% del costo.	
• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI)		• Usted paga el 20% del costo.	
• Radiografías para pacientes ambulatorios		• Usted paga el 20% del costo.	
Servicios de audición			
• Examen de audición de rutina (hasta 1 cada año)	Original Medicare NO cubre los servicios de audición de rutina ni los audífonos.	• $20 de copago.	Se requiere una remisión.
• Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio		• Copago de $20.	Se requiere autorización previa para audífonos. Nuestro plan paga hasta $2,000 al año.
• Ajuste/evaluación de audífonos		• Copago de $20.	
• Audífono (1 al año)		• Usted no paga nada.	

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios odontológicos preventivos	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.	$0 por servicios cubiertos por Medicare.	Exámenes orales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor (con límites en el número de visitas). Se requiere una autorización previa.
Servicios integrales de odontología			Límite anual de $1,500, sin implantes.
Servicios oftalmológicos	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.	Los anteojos están cubiertos hasta un total de $500 por año para: • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones	Los exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, como la prueba anual de detección de glaucoma, están cubiertos. No paga nada por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare. Se requiere una remisión.

Primas y beneficios	Beneficios de 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 ($1,776) por cada período de beneficios: $0 por día de hospitalización del día 1 al 60 (por cada período de beneficios) y $444 por día de hospitalización del día 61 al 90 (por cada período de beneficios), $888 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).	Copago de $195 por día para los días 1 al 8. Usted no paga nada para los días 9 al 90.	Se requiere una autorización previa. No se requiere remisión.
Servicios de salud mental (visitas de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios)	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 al 20 y $222 por día para los días 21 al 100; se requieren 3 días de estancia hospitalaria.	No paga nada para los días 1 al 20. Copago de $222 por día para los días 21 al 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. Se requiere una autorización previa. No se requiere remisión.
Fisioterapia	Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	Copago de $25.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa.
Ambulancia	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 de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Transporte regular	Original Medicare no cubre el transporte que no sea de emergencia.	Sin cobertura.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	La quimioterapia se administra en el consultorio del Proveedor de Atención Primaria: copago de $0. En el consultorio de un especialista: $40 de copago. Hasta $35 por suministro de insulina para 1 mes. Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: 20% del costo. 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.	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. 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	Original Medicare NO cubre atención podológica de rutina. 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 remisión.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Equipo médico/ Suministros			
• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	• Usted paga el 20% del costo.	Se requiere autorización previa.
• Prótesis (por ejemplo, férulas, extremidades artificiales)		• Usted paga el 20% del costo.	
• Suministros para diabetes		• Usted paga el 20% del costo.	
Servicios de telesalud	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: • 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	Visitas de Express Care sin costo, las 24 horas y los 7 días de la semana, con médicos y terapeutas desde su teléfono inteligente, su tableta o su computadora.	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.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	Coaseguro del 20% por cada servicio. Se aplica al deducible de la Parte B.	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)	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.	Usted paga el 20% del costo.	Los servicios cubiertos incluyen: • 12 sesiones cubiertas en un período de 90 días. • Se cubren 8 sesiones adicionales 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.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes	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 asignación. 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. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare. Se aplica el deducible de la Parte B.	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.	Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen: 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 de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Programa de Prevención contra la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)	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. 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.	No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.	Los servicios del 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 a fin de superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Primas y beneficios	Beneficios de Original Medicare	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	Lo que debe saber
Sala de emergencias a nivel mundial		La atención de emergencia se cubre tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero (fuera de los EE. UU.) hasta el monto máximo permisible de Medicare menos el costo compartido incurrido por el miembro. Si tiene una emergencia (necesita atención) 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.	Para solicitar el formulario de reembolso, llame al teléfono **866.986.0356** (TTY: 711).
Tarjeta OTC		Usted recibe $60 trimestralmente.	Los miembros recibirán $60 por trimestre que pueden usarse para medicamentos OTC (de venta libre). Le informamos que recibir la tarjeta OTC puede demorar hasta tres semanas desde la fecha de inscripción.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
Etapa 1:	**Etapa de Deducible Anual**	El plan tiene un monto de deducible de $700 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)		
	• **Medicamentos genéricos** (esto incluye medicamentos de marca considerados como genéricos)	• Usted paga un coaseguro del 25%	Una vez que su desembolso propio anual alcanza los $2,400, pasará a la siguiente etapa (la **Etapa de Cobertura Catastrófica**).
	• Todos los demás medicamentos	• Usted paga un coaseguro del 25%	
Etapa 3:	**Etapa de Cobertura Catastrófica**		
	• **Medicamentos genéricos** (esto incluye medicamentos de marca considerados como genéricos)	• Usted paga $0.	Una vez que se encuentre en la **Etapa de Cobertura Catastrófica**, permanecerá en esta etapa hasta que termine el año.
	• Todos los demás medicamentos	• Usted paga $0.	

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 Original Medicare, consulte su manual vigente “Medicare y Usted” (Medicare & You). 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 lo asistirá.

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, regístrese en línea en **caremark.com** o llame al Departamento de Atención al Cliente de **CVS Caremark** al **866.693.4615** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m. Un proveedor de servicios fuera del horario de atención está disponible 24 horas al 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 los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m., y un representante lo asistirá.

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. ofrece planes HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. **MetroPlusHealth no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS o Medicare.** MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.



MetroPlusHealth

H0423_MKT 27_3955es_M Accepted 09082026