

RESUMEN DE BENEFICIOS

Planes de salud Advantage MD 2020

JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD (HMO)

JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD (PPO)

JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD PLUS (PPO)

JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD PREMIER (PPO)

H1225_001

H1225_002

H3890_001

H3890_002

H3890_004

Y0124_SOB0719_M

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos o visite en el sitio web la sección “Evidencia de cobertura”.

Usted tiene opciones en cuanto a cómo recibir sus beneficios de Medicare

Por ejemplo, puede obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con una tarifa por cada servicio). Original Medicare es operado directamente por el gobierno Federal. Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de salud de Medicare, tal como Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) o Johns Hopkins Advantage MD (HMO).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare:

Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes sus cuadernillos de Resumen de beneficios. O, puede usar el buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>. Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “Medicare y Usted”. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7

días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones en este cuadernillo

- Detalles a saber sobre nuestros planes
- Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande. Si desea obtener información adicional, llámenos al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

Detalles a saber sobre nuestros planes:

Horarios de atención

Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

Números de teléfono de Johns Hopkins Advantage MD, Johns Hopkins Advantage MD Plus y Johns Hopkins Advantage MD Premier.

Si usted es miembro de estos planes, llame gratis al 1-877-293-5325 (TTY: 711). Si usted no es miembro de estos planes, llame gratis al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

Número de teléfono de Johns Hopkins Advantage MD (HMO):

Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-293-4998 (TTY: 711). Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-888-403-7662 (TTY: 711).

El sitio web de nuestro plan: www.HopkinsMedicare.com

¿Quién puede unirse?

Para unirse, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en el área de atención del plan.

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD (HMO) incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.

El área de servicio para los miembros de Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) incluye los siguientes condados en Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Carroll, Frederick, Howard, Somerset, Washington, Wicomico, y Worcester. (No disponible en el condado de Montgomery).

El área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD (PPO) incluye solamente el condado de Montgomery.

Todos los miembros PPO:

Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

Todos los miembros HMO:

Si usa proveedores que no están en nuestra red, puede que el plan no pague por estos servicios. Se requieren remisiones solamente para cuidados de especialidad.

Todos los miembros:

En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.HopkinsMedicare.com). O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, puede pagar menos. Los miembros de nuestro plan además obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Nuestros planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este cuadernillo. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, 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 cualquier restricción en nuestro sitio

web, www.HopkinsMedicare.com. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La

cantidad que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficios que se presentan: Deducible, Cobertura inicial, Brecha de cobertura y Cobertura catastrófica.

Sección II: Resumen de beneficios

Planes HMO y PPO

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
Prima mensual del plan (incluyendo la prima de la Parte C y la Parte D, cuando corresponda).	Ciudad de Baltimore: \$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Todos los otros condados: \$25 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$75 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$105 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$350 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducibles, incluyendo el nivel de plan y nivel de categoría deducible;	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.	Este plan no tiene deducibles médicos.
Responsabilidad de desembolso	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
máximo (sin incluir los medicamentos recetados)	<p>protege al tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$6,700 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p>	<p>tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$6,700 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p> <p>\$10,000 por servicios que recibió de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>	<p>tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$6,700 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p> <p>\$10,000 por servicios que recibió de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>	<p>tener límites anuales en sus costos de bolsillo para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <p>\$1,500 por servicios que recibió de proveedores dentro de la red.</p> <p>\$5,000 por servicios que recibió de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red contará para este límite.</p>
<p>Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios de cualquier proveedor.</p>				

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Nuestro plan cubre 90 días por cada servicio de hospitalización cubierto por Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia). Usted paga un copago de \$310 por día, desde el día 1 hasta el día 5, y un copago de \$0 por día, desde el día 6 hasta el día 90 de cada período de beneficio.	Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia). <i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$310 por día, desde el día 1 hasta el día 6, y un copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90 de cada período de beneficio. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 25%	Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia). <i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$310 por día, desde el día 1 hasta el día 6, y un copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90 de cada período de beneficio. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	Nuestro plan cubre 90 días de estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio cubierta por la red de Medicare. (Nuestro plan también cubre 60 días de reserva vitalicia). <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Paga un copago de \$200 por admisión por cada período de beneficio (90 días).
Cobertura hospitalaria ambulatoria (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por	Copago de \$300	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$300 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$300 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).				
Centro Quirúrgico Ambulatorio (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Copago de \$250	<i>Dentro de la red: copago de \$250</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	<i>Dentro de la red: copago de \$250</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$50</i>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de Atención Primaria • Especialistas 	<p>Copago de \$5</p> <p>Copago de \$50</p>	<p><i>Dentro de la red: copago de \$10</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 30%</i></p> <p><i>Dentro de la red: copago de \$50</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 30%</i></p>	<p><i>Dentro de la red: copago de \$5</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 30%</i></p> <p><i>Dentro de la red: copago de \$50</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 30%</i></p>	<p><i>Dentro de la red y fuera de la red: Usted no paga nada</i></p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$10</i></p>
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna para la gripe, controles de diabetes)	<p>Usted no paga nada</p>	<p><i>Dentro de la red: Usted no paga nada</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i></p>	<p><i>Dentro de la red: Usted no paga nada</i></p> <p><i>Fuera de la red: Coaseguro del 45%</i></p>	<p><i>Dentro de la red y fuera de la red: Usted no paga nada</i></p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Atención preventiva (continuación)	<p>Nuestro plan cubre varios servicios preventivos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección de aneurisma aórtica abdominal Examen físico anual de rutina Consulta anual de bienestar Enemas de bario Medida de masa ósea Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Evaluaciones cardiovasculares Detección de cáncer cervical y vaginal Detección de cáncer colorrectal Detección de depresión Detección de diabetes Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes Exámenes digitales del recto Electrocardiograma luego de una Visita inicial Programas de educación sobre salud y bienestar Detección de VIH Inmunizaciones Servicios de terapia médica nutricional Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Detección de cáncer de próstata Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Dejar de fumar y consumir productos derivados del tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Cuidado de la vista 			

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Atención preventiva (continuación)	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.			
Atención de emergencia	Copago de \$90 El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. <u>La atención de emergencia se cubre solo en los Estados Unidos.</u>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$90</i> El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. <u>La atención de emergencia se cubre solo en los Estados Unidos.</u>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$90</i> El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$50</i> El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo.
Servicios necesarios con urgencia	Copago de \$40 El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. <u>Los servicios necesarios con urgencia se cubren solo en los Estados Unidos.</u>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$40</i> El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. <u>Los servicios necesarios con urgencia se cubren solo en los Estados Unidos.</u>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$40</i> El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$20</i> El copago no se exime si usted es admitido en el hospital. Los servicios necesarios con urgencia se cubren en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes	Servicios de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): Usted no paga nada	Servicios de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre):	Servicios de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre):	Servicios de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre):

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
		<i>Dentro de la red: Usted no paga nada</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	<i>Dentro de la red: Usted no paga nada</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 45%</i>	<i>Dentro de la red y fuera de la red: copago de \$5</i>
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (continuación) (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Pruebas y procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC): Coaseguro del 20% Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía, ecografía): Copago de \$20 Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC): Copago de \$175	Pruebas y procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC): <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50% Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía, ecografía): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$250 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	Pruebas y procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC): <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45% Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía, ecografía): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$250 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	Pruebas y procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, biopsias, endoscopías, exploración por TAC): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10 Radiografías de diagnóstico (tal como mamografía, ecografía): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10 Servicios radiológicos de diagnóstico (tal como IRM, TC): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	Servicios radiológicos terapéuticos (tal como tratamiento de radiación para el cáncer): Coaseguro del 20%	del 50% Servicios radiológicos terapéuticos (tal como tratamiento de radiación para el cáncer): <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	del 45% Servicios radiológicos terapéuticos (tal como tratamiento de radiación para el cáncer): <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%	Servicios radiológicos terapéuticos (tal como tratamiento de radiación para el cáncer): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20%

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo de rutina • Audífonos 	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare: Copago de \$50</p> <p>Examen de audición de rutina: Usted no paga nada (Un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing)</p> <p>Audífonos: Usted paga \$699 o \$999 por audífono, dependiendo del tipo y estilo de audífono seleccionado por hasta dos audífonos de marca TruHearing Advanced o Premium cada año (uno</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Examen de audición de rutina: <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada (un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing) <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Audífonos: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga \$699 o \$999 por audífono, dependiendo del tipo y estilo de audífono seleccionado por hasta dos audífonos de marca TruHearing Advanced o</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%</p> <p>Examen de audición de rutina: <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada (un examen auditivo de rutina al año por parte de un proveedor TruHearing) <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%</p> <p>Audífonos: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga \$699 o \$999 por audífono, dependiendo del tipo y estilo de audífono seleccionado por hasta dos audífonos de marca TruHearing Advanced o</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10</p> <p>Examen de audición de rutina: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada (cubierto dentro de la red mediante un proveedor TruHearing y se limita a un examen por año).</p> <p>Audífonos: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted paga \$399 o \$699 por audífono, dependiendo del tipo y estilo de audífono seleccionado por hasta dos audífonos de marca TruHearing Advanced o</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	por oído por año).	Premium cada año (uno por oído por año).	Premium cada año (uno por oído por año).	Premium cada año (uno por oído por año).
<p>Servicios odontológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen bucal y limpieza Beneficios suplementarios opcionales (disponibles solamente con Advantage MD, HMO, PPO y Plus PPO) <p>(Los servicios completos no cubiertos por Medicare pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]). Consulte el cuadernillo Evidencia de cobertura para más</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Coaseguro del 20%</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Limpieza(s) (1 por año): Copago de \$15</p> <p>Tratamientos con flúor: No cubierto.</p> <p>Radiografía(s) odontológica(s) (frecuencia determinada por el tipo de radiografía): Copago de \$25</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Limpieza(s) (1 por año): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$15 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Tratamientos con flúor: No cubierto.</p> <p>Radiografía(s) odontológica(s) (frecuencia determinada por el tipo de radiografía): <i>Dentro de la red:</i> copago de</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Limpieza(s) (2 por año): <i>Dentro de la red:</i> copago de \$10 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%</p> <p>Tratamientos con flúor: No cubierto.</p> <p>Radiografía(s) odontológica(s) (frecuencia determinada por el tipo de radiografía): <i>Dentro de la red:</i> copago de</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Limpieza(s) (2 por año): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p>Tratamientos con flúor: (2 por año): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p>Radiografía(s) odontológica(s) (frecuencia determinada por el tipo de radiografía): <i>Dentro de la red y fuera de la</i></p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
información.		\$25 <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	\$20 <i>Fuera de la red: Coaseguro del 45%</i>	<i>red: Usted no paga nada</i>
Servicios odontológicos (continuación)	<p>Examen(es) odontológico(s) <i>(frecuencia determinada por el tipo de examen odontológico):</i> Copago de \$15</p> <p>Servicios odontológicos integrales: No cubierto.</p> <p>Beneficio suplementario opcional: Por \$30 adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario que incluye beneficios odontológicos y para la salud física integrales. Los beneficios odontológicos y para la</p>	<p>Examen(es) odontológico(s) <i>(frecuencia determinada por el tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red: copago de \$15</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i></p> <p>Servicios odontológicos integrales: No cubierto.</p> <p>Beneficio suplementario opcional: Por \$30 adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario que incluye beneficios odontológicos y para la salud física integrales. Los beneficios odontológicos y para la salud física</p>	<p>Examen(es) odontológico(s) <i>(frecuencia determinada por el tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red: copago de \$10</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 45%</i></p> <p>Servicios odontológicos integrales: No cubierto.</p> <p>Beneficio suplementario opcional: Por \$28 adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario odontológico integral. El beneficio odontológico integral tiene un monto máximo de cobertura de</p>	<p>Examen(es) odontológico(s) <i>(frecuencia determinada por el tipo de examen odontológico):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red: Usted no paga nada</i></p> <p>Servicios odontológicos integrales: <i>(La frecuencia depende del procedimiento).</i></p> <p>Servicios de restauración <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red: Coaseguro de 20% a 50%</i></p> <p>Endodoncia <i>(como tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, pulpotomía, etc.)</i></p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	salud física integrales no se pueden adquirir por separado. El beneficio odontológico integral tiene un monto máximo de cobertura de \$1,200 por año.	integrales no se pueden adquirir por separado. El beneficio odontológico integral tiene un monto máximo de cobertura de \$1,200 por año.	\$1,200 por año.	<i>Dentro de la red y fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>
Servicios odontológicos (continuación)	<p>Los siguientes servicios odontológicos integrales están cubiertos como parte del paquete de beneficios suplementarios opcionales (disponible con premium adicional):</p> <p>Servicios de restauración <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>Endodoncia <i>(como</i></p>	<p>Los siguientes servicios odontológicos integrales están cubiertos como parte del paquete de beneficios suplementarios opcionales (disponible con premium adicional):</p> <p>Servicios de restauración <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>Endodoncia <i>(como</i></p>	<p>Los siguientes servicios odontológicos integrales están cubiertos como parte del paquete de beneficios suplementarios opcionales (disponible con premium adicional):</p> <p>Servicios de restauración <i>(como empastes, recubrimientos, coronas, restauración con resina, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>Endodoncia <i>(como</i></p>	<p>Periodoncia <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, desbridamiento total de boca, etc.)</i></p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro de 0% a 50%</p> <p>Extracciones <i>(como extracciones, coronectomía, etc.)</i></p> <p><i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20%</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	<i>tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$200</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	<i>tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$200</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	<i>tratamientos de conducto, retratamiento, apicectomía, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$200</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i>	
Servicios odontológicos (continuación)	Periodoncia <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$50</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i> Extracciones <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i>	Periodoncia <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$50</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i> Extracciones <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i> La frecuencia depende del	Periodoncia <i>(como mantenimiento de la periodoncia, alisado periodontal, alisado radicular, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red: copago de \$50</i> <i>Fuera de la red: Coaseguro del 50%</i> Extracciones <i>(como extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico de dientes no erupcionados, etc.)</i> La frecuencia depende del	Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/maxilofaciales/otros servicios <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, consulta, anestesia, etc.)</i> La frecuencia depende del procedimiento. <i>Dentro de la red y fuera de la red: Coaseguro de 0% a 50%</i> El plan tiene un monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	<p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/maxilofaciales/otros servicios <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales, extracción</i></p>	<p>procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/maxilofaciales/otros servicios <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales,</i></p>	<p>procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Prostodoncia/otras cirugías odontológicas/maxilofaciales/otros servicios <i>(como prótesis de dentadura completa o parcial, reparación o reemplazo de piezas dentales,</i></p>	<p>odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red.</p>
Servicios odontológicos (continuación)	<p><i>de exostosis, anestesia, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de</p>	<p><i>extracción de exostosis, anestesia, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de</p>	<p><i>extracción de exostosis, anestesia, etc.)</i></p> <p>La frecuencia depende del procedimiento.</p> <p><i>Dentro de la red:</i> copago de \$50 a \$400</p> <p><i>Fuera de la red:</i> Coaseguro de 50% a 70%</p> <p>El plan tiene un monto máximo de cobertura de</p>	

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	\$1,200 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red.	\$1,200 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red.	\$1,200 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare dentro o fuera de la red.	
Servicios oftalmológicos	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares <i>(incluida la detección anual de glaucoma):</i> Usted no paga nada por exámenes oftalmológicos por diabetes Copago de \$50 por todos los otros exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares <i>(incluida la detección anual de glaucoma):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada por exámenes oftalmológicos por diabetes Copago de \$50 por todos los otros exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares <i>(incluida la detección anual de glaucoma):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada por exámenes oftalmológicos por diabetes Copago de \$40 por todos los otros exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares <i>(incluida la detección anual de glaucoma):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada por exámenes oftalmológicos por diabetes Copago de \$10 por todos los otros exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.
Servicios oftalmológicos (continuación)	Examen ocular de rutina <i>(1 por año):</i> Usted no paga nada	<i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50% Examen ocular de rutina (1 por año): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	<i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45% Examen ocular de rutina (1 por año): <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	Examen ocular de rutina (1 por año): <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	<p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p> <p>Anteojos de rutina: Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos suplementarios (comerciales o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>	<p>del 50%</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%</p> <p>Anteojos de rutina: No cubierto.</p>	<p>del 45%</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%</p> <p>Anteojos de rutina: Nuestro plan paga hasta \$150 cada dos años por anteojos suplementarios (comerciales o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>	<p>Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada</p> <p>Anteojos de rutina: Nuestro plan paga hasta \$300 cada dos años por anteojos suplementarios (comerciales o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>
<p>Servicios de salud mental (Las visitas como paciente hospitalizado pueden requerir autorización previa y/o remisión. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de</i></p>	<p>Visita como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. Usted paga un copago de \$300 por día, desde el día</p>	<p>Visita como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. <i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$250</p>	<p>Visita como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. <i>Dentro de la red:</i> Usted paga un copago de \$200</p>	<p>Visita como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Paga un copago de</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
cobertura para más información).	1 hasta el día 5, y un copago de \$0 por día, desde el día 6 hasta el día 90 de cada período de beneficio. Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual o grupal: copago de \$20	por día, desde el día 1 hasta el día 6, y un copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90 de cada período de beneficio. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	por día, desde el día 1 hasta el día 6, y un copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90 de cada período de beneficio. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%	\$100 por admisión por cada período de beneficio (90 días). Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Servicios de salud mental (continuación)	Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: copago de \$30	Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%	Visita de terapia ambulatoria por consumo de sustancias: Visita de terapia individual o grupal: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado). Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted no paga nada por día, desde el día 1 hasta el día 20 Copago de \$160 por día para los días 21 al 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada por día, desde el día 1 hasta el día 20 Copago de \$160 por día para los días 21 al 100. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada por día, desde el día 1 hasta el día 20 Copago de \$150 por día para los días 21 al 100. <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada por día, desde el día 1 hasta el día 20 Copago de \$100 por día para los días 21 al 100.

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Fisioterapia (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información.	Copago de \$30	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40%	<i>Dentro de la red:</i> copago de \$30 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
Ambulancia (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información).	Copago de \$240 El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$240 El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$240 El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$100 (base) Copago de \$225 (aire) El copago incluye un viaje de ida para servicios de ambulancia de emergencia y servicios de ambulancia que no sean de emergencia. El copago de ambulancia no se exime si usted es admitido en el hospital.

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Transporte	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> para más información.	Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos de quimioterapia: Coaseguro del 20% Otros medicamentos de la Parte B: Coaseguro del 20%	Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos de quimioterapia: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40% Otros medicamentos de la Parte B: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40%	Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos de quimioterapia: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40% Otros medicamentos de la Parte B: <i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40%	Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos de quimioterapia: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20% Otros medicamentos de la Parte B: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20%

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (medicamentos de la Parte D de Medicare)				
Deducible por farmacia (Parte D)	Sin deducible.	\$350 para los niveles 3, 4 y 5.	\$350 para los niveles 3, 4 y 5.	Sin deducible.
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales en medicamentos asciendan a \$4,020. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico para la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro cuadernillo Evidencia de cobertura.			
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar al por menor 	<p>Nivel 1 (genérico preferido) \$0 para un suministro de un mes \$0 para un suministro de dos meses \$0 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) \$10 para un suministro de un mes \$15 para un suministro de dos meses \$20 para un suministro de</p>	<p>Nivel 1 (genérico preferido) \$7 para un suministro de un mes \$10.50 para un suministro de dos meses \$14 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) \$15 para un suministro de un mes \$22.50 para un suministro de dos meses \$30 para un suministro de</p>	<p>Nivel 1 (genérico preferido) \$4 para un suministro de un mes \$6 para un suministro de dos meses \$8 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) \$12 para un suministro de un mes \$18 para un suministro de dos meses \$24 para un suministro de</p>	<p>Nivel 1 (genérico preferido) \$3 para un suministro de un mes \$4.50 para un suministro de dos meses \$6 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 2 (genérico) \$10 para un suministro de un mes \$15 para un suministro de dos meses \$20 para un suministro de</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	tres meses	tres meses	tres meses	tres meses
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar al por menor (continuación) 	<p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$94 para un suministro de dos meses \$141 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$200 para un suministro de dos meses \$300 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$94 para un suministro de dos meses \$141 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$200 para un suministro de dos meses \$300 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 26% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$94 para un suministro de dos meses \$141 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$200 para un suministro de dos meses \$300 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 26% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>	<p>Nivel 3 (marca preferida) \$40 para un suministro de un mes \$80 para un suministro de dos meses \$120 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$90 para un suministro de un mes \$180 para un suministro de dos meses \$270 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo no se encuentra disponible)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Costo 	Nivel 1 (genérico preferido) \$7 para un suministro de un	Nivel 1 (genérico preferido) \$7 para un suministro de un	Nivel 1 (genérico preferido) \$4 para un suministro de un	Nivel 1 (genérico preferido) \$3 para un suministro de un

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
compartido estándar de pedido por correo	\$0 para un suministro de un mes \$0 para un suministro de dos meses \$0 para un suministro de tres meses	mes \$10.50 para un suministro de dos meses \$14 para un suministro de tres meses	mes \$6 para un suministro de dos meses \$8 para un suministro de tres meses	mes \$4.50 para un suministro de dos meses \$6 para un suministro de tres meses

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar de pedido por correo (continuación) 	<p>Nivel 2 (genérico) \$10 para un suministro de un mes \$15 para un suministro de dos meses \$20 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$70.50 para un suministro de dos meses \$94 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$150 para un suministro de dos meses \$200 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo</p>	<p>Nivel 2 (genérico) \$15 para un suministro de un mes \$22.50 para un suministro de dos meses \$30 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$70.50 para un suministro de dos meses \$94 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$150 para un suministro de dos meses \$200 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 26% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo</p>	<p>Nivel 2 (genérico) \$12 para un suministro de un mes \$18 para un suministro de dos meses \$24 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) \$47 para un suministro de un mes \$70.50 para un suministro de dos meses \$94 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$100 para un suministro de un mes \$150 para un suministro de dos meses \$200 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 26% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo</p>	<p>Nivel 2 (genérico) \$10 para un suministro de un mes \$15 para un suministro de dos meses \$20 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 3 (marca preferida) \$40 para un suministro de un mes \$60 para un suministro de dos meses \$80 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 4 (medicamento no preferido) \$90 para un suministro de un mes \$135 para un suministro de dos meses \$180 para un suministro de tres meses</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad) 33% del costo total de un suministro para un mes (el suministro de largo plazo</p>

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
	plazo no se encuentra disponible)	no se encuentra disponible)	no se encuentra disponible)	no se encuentra disponible)
	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.	Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.
Brecha de cobertura	<p>La mayoría de los planes de Medicare para medicamentos tienen una brecha de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza a partir del momento en que el costo total anual de sus medicamentos (<i>incluyendo tanto lo que el plan ha pagado, como lo que usted ha pagado</i>) alcanza los \$4,020. Después de ingresar a la brecha de cobertura, paga el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen el monto de \$6,350, que es el final de la brecha de cobertura.</p>			
Cobertura catastrófica	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (<i>incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y por correo postal</i>) alcancen el monto de \$6,350, usted paga el mayor de: Coaseguro del 5%, o copago de \$3.60 para medicamentos genéricos (<i>incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos</i>) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.</p>			

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos				
Acupuntura	No cubierto	No cubierto	Nuestro plan pagará hasta \$200 anualmente por los servicios (dentro o fuera de la red).	Nuestro plan pagará hasta \$300 anualmente por los servicios (dentro o fuera de la red).
Atención quiropráctica (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo Evidencia de cobertura para más información.)	Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare Copago de \$20 Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare No cubierto	Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare <i>Dentro de la red:</i> copago de \$20 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50% Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare No cubierto	Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare <i>Dentro de la red:</i> copago de \$20 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas cada año) <i>Dentro de la red:</i> copago de \$20 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	Cuidados quiropráticos cubiertos por Medicare <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10 Cuidados quiropráticos no cubiertos por Medicare (hasta 12 visitas cada año) <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Salud en el hogar (Los servicios pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa [aprobación por adelantado]. Consulte el cuadernillo Evidencia de cobertura para más información).	Usted no paga nada	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	<i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada
Productos de venta libre	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios de rehabilitación Las visitas de terapia ocupacional pueden requerir que su proveedor obtenga una autorización previa (aprobación por adelantado). Consulte el cuadernillo	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta por 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> Usted no paga nada	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta por 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta por 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red:</i> Usted no paga nada <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) <i>(para un máximo de 2 sesiones de una hora por día, y hasta por 36 sesiones hasta 36 semanas):</i> <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Usted no paga nada

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
<i>Evidencia de cobertura para más información.</i>		del 40%	del 30%	
Servicios de rehabilitación (continuación)	Visita de terapia ocupacional: Copago de \$30 Visita de fisioterapia/terapia del habla individual: Copago de \$30	Visita de terapia ocupacional: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40% Visita de fisioterapia/terapia del habla individual: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$40 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 40%	Visita de terapia ocupacional: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30% Visita de fisioterapia/terapia del habla individual: <i>Dentro de la red:</i> copago de \$30 <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 30%	Visita de terapia ocupacional: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10 Visita de fisioterapia/terapia del habla individual: <i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> copago de \$10
Diálisis renal	Coaseguro del 20%	<i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 50%	<i>Dentro de la red:</i> Coaseguro del 20% <i>Fuera de la red:</i> Coaseguro del 45%	<i>Dentro de la red y fuera de la red:</i> Coaseguro del 20%
Atención de hospicio	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del coaseguro por medicamentos y atención de relevo. Se cubre el hospicio fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.			

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
Comidas posteriores al alta	<p>Después de su hospitalización (<i>ya sea en un hospital o en un centro de enfermería especializada</i>) usted es elegible para recibir tres comidas al día durante cinco días.</p> <p>Nuestro equipo de administración de la atención trabajará con los miembros elegibles para coordinar la entrega de las comidas proporcionadas por nuestro proveedor. El programa de comidas se limita a cuatro veces por año calendario.</p> <p>Usted no paga nada por las comidas posteriores al alta.</p>	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Beneficio de visitante/viajero	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Nuestro plan ofrece el programa de visitante/viajero <i>en Estados Unidos</i> , que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando esté fuera del área de servicio durante menos de

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
				12 meses. Dentro de nuestro programa de visitante/viajero puede recibir todos los servicios cubiertos de costo compartido dentro de la red.
Atención de emergencia en todo el mundo	No cubierto	No cubierto	Copago de \$90 por servicios de cuidado de emergencia Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.	Usted no paga nada por los servicios de cuidado de emergencia Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.
Atención de urgencia en todo el mundo	No cubierto	No cubierto	Copago de \$40 por servicios de cuidado de emergencia	Usted no paga nada por los servicios de cuidado de emergencia

Beneficios y cobertura	Advantage MD (HMO) <i>Disponible en toda el área de servicio</i>	Advantage MD (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Plus (PPO) <i>Revisar área de servicio. No disponible en el condado de Montgomery</i>	Advantage MD Premier (PPO) <i>Solamente disponible en el condado de Montgomery</i>
			<p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>	<p>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios necesarios con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de los servicios prestados por adelantado y debe presentar las reclamaciones y los comprobantes de pago para la consideración de reembolso.</p>

OPCIONES DE COMPRA DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

ADVANTAGE MD (HMO) Y (PPO)

Por **\$30** adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario que incluye beneficios odontológicos y para la salud física integrales.

***Los beneficios odontológicos y para la salud física no se pueden adquirir por separado.**

ADVANTAGE MD PLUS (PPO)

Por **\$28** adicionales por mes, los miembros pueden adquirir un beneficio suplementario odontológico integral y opcional.

***El beneficio para la salud física se incluye en el plan Advantage MD Plus sin costo adicional.**

- **Advantage MD Premier incluye los beneficios integrales de odontología y salud sin costo adicional.**
- **Consulte la sección de los servicios odontológicos en este folleto para obtener información sobre la cobertura de servicios odontológicos integrales.**

BENEFICIO ADICIONAL OPCIONAL PARA LA SALUD FÍSICA

Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit®

Con el programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise, puede elegir entre un gimnasio o la membresía en un centro de acondicionamiento físico participante o el programa Silver&Fit Home Fitness.

- Puede unirse sin cargo a un gimnasio Silver&Fit participante en nuestra área de servicio y aprovechar todos los servicios y comodidades que se incluyen como parte de la membresía básica del gimnasio. *Los servicios ofrecidos por los gimnasios varían según su ubicación. Cualquier servicio de gimnasio no estándar que normalmente requiera una tarifa adicional no está incluido en la membresía básica del gimnasio (por ejemplo, tarifas de campos o canchas o servicios de entrenador personal).
- Puede cambiarse a otro gimnasio Silver&Fit participante una vez al mes, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para encontrar un gimnasio participante, puede buscar el gimnasio Silver&Fit más cercano en el sitio web de Silver&Fit en www.SilverandFit.com.
- Si prefiere hacer ejercicios en su casa en lugar de asistir a un gimnasio participante, tiene la opción de inscribirse en el programa Silver&Fit Home Fitness Program, y recibir hasta dos paquetes de ejercicios para el hogar por cada año de beneficio de manera gratuita.
- Como miembro elegible, también tiene acceso a leer los boletines trimestrales Silver Slate® y materiales educativos de Healthy Aging disponibles en el sitio web de Silver&Fit. También puede solicitar el envío del boletín Silver Slate y de los materiales educativos de Healthy

BENEFICIO ADICIONAL OPCIONAL PARA LA SALUD FÍSICA

Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit®

Aging cada trimestre, una vez que se haya inscrito en el programa Silver&Fit.

*Los servicios no estándar que tienen un costo adicional no son parte del programa Silver&Fit y no será reembolsado. El programa Silver&Fit está a cargo de la American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y Silver Slate son marcas federalmente registradas propietarias de ASH y utilizadas con permiso en la presente.