

# Liberty Health Advantage HMO

## RESUMEN DE PRESTACIONES H3337

Preferred Choice (HMO)  
Dual Power (HMO SNP)

Bronx, Kings, Queens, Richmond, New York  
y  
Condado de Nassau

En vigor desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012

Determinadas prestaciones, primas y copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2013. Por favor, póngase en contacto con Liberty Health Advantage HMO para más detalles.

Planes de Medicare Advantage  
Incluyendo cobertura de medicamentos recetados

# SECCIÓN I

## INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE PRESTACIONES

Le agradecemos su interés en los planes de Liberty Health Advantage HMO.

Nuestro plan Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) lo ofrece LIBERTY HEALTH ADVANTAGE, INC./Liberty Health Advantage, una Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare Advantage (Medicare Advantage Health Maintenance Organization, HMO).

Nuestro plan Liberty Health Advantage HMO Dual Power (HMO SNP) lo ofrece LIBERTY HEALTH ADVANTAGE, INC./Liberty Health Advantage, un plan de Necesidades Especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare Advantage (HMO). Está diseñado para personas que cumplen criterios de inscripción específicos. Puede ser elegible para inscribirse en este plan si recibe ayuda del estado y de Medicare. Todos los costos compartidos que aparecen en este resumen de prestaciones parten de su nivel de elegibilidad Medicaid. Por favor llame a Liberty Health Advantage Dual Power (HMO SNP) para saber si es elegible para inscribirse. El número aparece al final de esta introducción.

Este resumen de prestaciones le informa de algunas características de nuestro plan. No es una lista de todos los servicios que cubrimos o una lista de todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestras prestaciones, por favor llame a Liberty Health Advantage HMO y pida la "Evidencia de Cobertura".

## OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA

Por ser beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el plan Original Medicare (tarifa por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) o Liberty Health Advantage Dual Power (HMO SNP). Puede tener otras opciones. Usted elige. Sin importar lo que decida, sigue estando en el Programa de Medicare.

Si es elegible tanto para Medicare como Medicaid, (elegibilidad dual) puede inscribirse o dejar el plan en cualquier momento. Si no tiene elegibilidad dual, puede inscribirse o dejar el plan sólo en momentos determinados. Por favor llame a Liberty Health Advantage (HMO) al número de teléfono que aparece al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a este número 24 horas al día, 7 días a la semana.

## ¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Puede comparar el plan Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO), el plan Liberty Health Advantage Dual Power (HMO)

SNP) y el plan Original Medicare usando este Resumen de prestaciones. Las tablas de este folleto enumeran algunas prestaciones de salud importantes. Para cada prestación, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original Medicare Plan. Nuestros miembros reciben todas las prestaciones del plan Original Medicare. También ofrecemos más prestaciones, que pueden cambiar de año en año.

### ¿DÓNDE ESTÁN DISPONIBLES LIBERTY HEALTH ADVANTAGE PREFERRED CHOICE (HMO) Y DUAL POWER (HMO SNP)?

El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Condados de Richmond, NY. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse al plan.

Hay más de un plan listado en este Resumen de prestaciones. Si está inscrito en un plan y desea cambiarse a otro, puede hacerlo sólo durante períodos determinados del año. Por favor llame a nuestro departamento de Servicios a Clientes para más información.

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE A LIBERTY HEALTH ADVANTAGE PREFERRED CHOICE (HMO) O DUAL POWER (HMO SNP)?

Usted puede inscribirse a Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B y vive en nuestro área de servicio.

Usted puede inscribirse a Liberty Health Advantage Dual Power (HMO SNP) si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B y vive en nuestro área de servicio. También debe recibir ayuda del estado para poder inscribirse a este plan.

Sin embargo, las personas con Enfermedad renal en etapa terminal, por lo general no son elegibles para inscribirse en Liberty Health Advantage (HMO) a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzaron su diálisis.

Por favor, llame al Plan para consultar si usted es elegible para inscribirse a este plan.

### ¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

Liberty Health Advantage (HMO) tiene una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede acudir a médicos de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un Directorio de Proveedores actualizado o consultar una lista actualizada en [www.lhany.com](http://www.lhany.com). El número de Servicio a Clientes está al final de esta introducción.

### ¿QUÉ OCURRE SI ACUDO A UN MÉDICO QUE NO PERTENECE A SU RED?

Si decide acudir a un médico externo a nuestra red, usted mismo debe pagar por estos servicios excepto en situaciones determinadas (por ejemplo, atención de emergencia). Ni nuestro plan ni el plan de Original Medicare pagará por estos servicios.

### ¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B O PARTE D?

Liberty Health Advantage HMO cubre los medicamentos recetados de Medicare Parte B y de Medicare Parte D.

### ¿DÓNDE PUEDO CONSEGUIR MIS RECETAS SI ME INSCRIBO A ESTE PLAN?

Liberty Health Advantage HMO ha formado una red de farmacias. Debe acudir a una farmacia de la red para recibir las prestaciones del plan. No pagaremos por sus recetas si usted acude a una farmacia externa a la red, excepto en determinados casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio de farmacias o visitarnos en <http://www.lhany.com>. El número de nuestro departamento de Servicio a Clientes aparece al final de esta introducción.

### ¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Liberty Health Advantage HMO usa un formulario. Un formulario es una lista de los medicamentos que cubre nuestro plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente podemos agregar, eliminar o hacer cambios a las limitaciones de determinados medicamentos o cambiar cuánto paga por un medicamento. Si realizamos algún cambio al formulario que limite la capacidad de nuestros miembros de surtir sus recetas, les notificaremos a los inscritos afectados antes de efectuar el cambio. Le enviaremos un formulario pero usted puede consultar todo nuestro formulario en nuestro sitio web <http://www.lhany.com/>.

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requisitos o límites adicionales, puede obtener un suministro temporal del medicamento. Puede ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una excepción o, con la ayuda de su médico, un cambio a un medicamento alternativo que aparezca en nuestro formulario. Llámenos para consultar si usted puede recibir un suministro temporal del medicamento o para más detalles acerca de nuestra política de transición de medicamentos.

### ¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DE MI PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS O CON OTROS COSTOS DE MEDICARE?

Usted puede obtener ayuda adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados así como ayuda con otros costos de Medicare. Para consultar si usted califica para ayuda adicional, llame a:

\* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana y consultar en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 'Programas para personas con ingresos y recursos limitados' en la publicación *Medicare y Usted*.

\* La Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213 de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o

\* A su Oficina Estatal de Medicaid.

## ¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTE PLAN?

Todos los planes de Medicare Advantage están de acuerdo en permanecer en el programa durante un año. Los beneficios y costos compartidos de los planes pueden cambiar de un año calendario a otro. Cada año, los planes deciden si siguen participando en Medicare Advantage. Incluso si un plan de Medicare Advantage abandona el programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, le debe enviar una carta al menos 90 días antes de que su cobertura termine. La carta le explicará sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) o Dual Power (HMO SNP), tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización, que incluye el derecho de presentar una apelación si le denegamos cobertura para un artículo o servicio, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización si quiere que nosotros proveamos o paguemos un artículo o servicio que usted crea que deberíamos cubrir. Si denegamos la cobertura del artículo o servicio que solicitó, tiene el derecho de apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Puede pedirnos una determinación expedita de cobertura (rápida) si cree que esperar una decisión podría poner su vida o su salud en grave peligro, o afectar su capacidad de recuperar al máximo una función. Si su médico hace o respalda la solicitud expedita, debemos acelerar nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con alguno de los proveedores de nuestra red que no sea la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema trata de la calidad de la atención que recibió, también tiene el derecho de presentar una queja con la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Por favor, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para encontrar la información de contacto de la QIO.

Por ser miembro de Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) o Dual Power (HMO SNP), tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a presentar una apelación si le denegamos la cobertura de un medicamento recetado, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura si quiere que nosotros cubramos un medicamento de Parte D que usted crea que debe ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o cree que usted debe recibir un medicamento no preferido a un costo inferior de gastos directos de bolsillo. También puede pedir una excepción a las reglas de utilización de costos, tales como un límite a la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe contactarnos antes de intentar surtir su receta en una farmacia. Su médico debe darnos una declaración que apoye su solicitud de excepción. Si denegamos la cobertura de su(s) medicamento(s) recetado(s), usted tiene el

derecho de apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red que no sea sobre la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema se refiere a calidad de la atención recibida, también tiene el derecho de presentar una queja con la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Por favor, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para encontrar la información de contacto de la QIO.

### ¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA MEDICAMENTOSA (MTM)?

Un Programa de Administración de Terapia Medicamentosa (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede optar por no participar, pero se recomienda, que si es seleccionado, aproveche al máximo este servicio cubierto. Póngase en contacto con Liberty Health Advantage Preferred Choice (HMO) para más detalles.

### ¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR CUBIERTOS CON MEDICARE PARTE B?

Medicare Parte B puede cubrir algunos medicamentos recetados ambulatorios. Estos pueden incluir, pero no limitarse a, los siguientes tipos de medicamentos. Póngase en contacto con Liberty Health Advantage (HMO) para más detalles.

- Algunos antígenos: Si están preparados por un médico y administrados por una persona adecuadamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: Medicamentos inyectables para la osteoporosis para determinadas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): Mediante inyecciones si usted padece una enfermedad renal en etapa terminal (falla renal permanente que requiera diálisis o transplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para la hemofilia: Autoadministración de factores de coagulación si usted padece hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables administrados relacionados con el servicio de un médico.
- Medicamentos inmunosupresores: Terapia de medicamentos inmunosupresores para pacientes transplantados si el transplante fue pagado por Medicare, o por un seguro privado que actuó como pagador principal a su cobertura de Medicare Parte A, en una instalación certificada por Medicare.
- Algunos medicamentos para el cáncer administrados vía oral: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.

-- Medicamentos antinauseosos administrados vía oral: Si participa en un régimen quimioterapéutico anticáncer.

-- Medicamentos inhalados y de infusión proporcionados con un equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).

### ¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LAS CLASIFICACIONES DE LOS PLANES?

El programa Medicare clasifica el desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, para detectar y prevenir enfermedades, valoraciones de pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a la web, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccione "Health & Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) y luego "Compare Drug and Health Plans" (Compare planes de medicamentos y de salud) para comparar las clasificaciones de los planes de Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las clasificaciones de los planes para este plan. El número de nuestro departamento de Servicio a Clientes aparece a continuación.

**Por favor llame a Liberty Health Advantage (HMO) para más información sobre estos planes.**

Visítenos en <http://lhany.com>, o llámenos:

Horario de Servicio a Clientes:

De domingo a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

(Nota: Después del 14 de febrero de 2012, los horarios del Centro de Llamadas de sábados, domingos y días festivos operarán con tecnología alternativa).

Los miembros actuales y posibles deben llamar al (866)-542-4269 (llamada gratuita) para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage. (Usuarios de TTY/TDD al (800)-662-1220).

Los miembros actuales deben llamar al (800)-546-5677 (llamada gratuita) para preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos Recetados de Parte D de Medicare. (Usuarios de TTY/TDD al (866)-706-4757)

Los miembros posibles deben llamar al (866)-542-4269 (llamada gratuita) para preguntas relacionadas con el programa de Medicamentos Recetados de Parte D de Medicare. (Usuarios de TTY/TDD al (800)-662-1220)

Para más información sobre Medicare, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al

1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana. O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la web.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Este documento puede estar disponible en idiomas diferentes al inglés. Para información adicional, llame a Servicio a Clientes al número de teléfono que aparece arriba.

Si tiene alguna pregunta sobre las prestaciones o costos de este plan, por favor póngase en contacto con Liberty Health Advantage, Inc. para más detalles.

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p>Para inscribirse en este plan: Usted debe tener Medicare Partes A y B, y vivir dentro del área de servicio.</p>	<p>Para inscribirse en este plan: Usted debe tener Medicare Partes A y B. Usted debe recibir en estos momentos ayuda médica del estado y vivir dentro del área de servicio.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Sección II

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Información importante</b>			
<p><b>Primas y otra información importante</b></p>	<p>La cantidad de costo compartido de Medicare puede variar según su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>En 2011 la prima mensual de Parte B era de \$96.40 y puede cambiar y la cantidad anual de deducible de Parte B era de \$162 y puede cambiar para 2012.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos son a menudo más elevados, es decir, usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de Parte B. Sin embargo, otras pagarán una prima mayor por su ingreso anual (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de Parte B según el ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>General</p> <p>\$0 de prima mensual del plan además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de Parte B además de su prima al plan Medicare Advantage. Sin embargo, otras pagarán primas mayores de Parte B y Parte D por su ingreso anual (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más información sobre las primas de Parte B y Parte D según el ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con costo compartido cero.</p> <p>En la red Límite de \$3,400 gastos directos de bolsillo. Todos los servicios del plan están incluidos</p>	<p>General</p> <p>*Todos los costos compartidos de este resumen de prestaciones parte de su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>** Por favor, consulte con su plan sobre costos compartidos cuando reciba servicios de proveedores que no pertenezcan a nuestra red.</p> <p>Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con costo compartido cero.</p> <p>En la red Límite de \$3,400 gastos directos de bolsillo. Todos los servicios del plan están incluidos</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Opciones de médicos y hospitales</b></p> <p>(Para más información, consulte Emergencias y atención de necesidad urgente)</p>	<p>Usted puede acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>En la red Usted debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere que le refieran a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones).</p>	<p>En la red Usted debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere que le refieran a hospitales y especialistas de la red (para determinadas prestaciones).</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
<p><b>Atención médica para pacientes hospitalizados</b> (incluye servicios de consumo de sustancias y rehabilitación)</p>	<p>En 2011 las cantidades para cada período de prestación fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Días 1 - 60: \$1132 deducible</li> <li>- Días 61 - 90: \$283 por día</li> <li>- Días 91 - 150: \$566 por día de reserva vitalicio (4)</li> </ul> <p>Estas cantidades cambiarán en 2012.</p> <p>Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre días de reserva vitalicios.</p> <p>Los días de reserva vitalicios sólo pueden usarse una vez.</p> <p>Un “período de prestación” comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializado. Termina cuando pasan 60 días seguidos sin que asista a un hospital o a un centro de enfermería especializado. Si usted ingresa en el hospital después de que terminó el período de prestación, comienza un nuevo período de prestación. Usted debe pagar el deducible de atención médica para pacientes hospitalizados por cada período de prestación. No hay un límite al número de períodos de prestación que puede tener.</p>	<p>En la red \$0 de copago</p> <p>Sin límite al número de días cubiertos por el plan en cada período de prestaciones.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.</p>	<p>En la red \$0 de copago</p> <p>Sin límite al número de días cubiertos por el plan cada período de prestaciones.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Atención médica para pacientes mentales hospitalizados</b></p>	<p>En 2011 las cantidades para cada período de prestación fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Días 1 - 60: \$1132 deducible</li> <li>- Días 61 - 90: \$283 por día</li> <li>- Días 91 - 150: \$566 por día de reserva vitalicio (4)</li> </ul> <p>Estas cantidades cambiarán en 2012.</p> <p>Usted recibe hasta 190 días vitalicios de atención médica psiquiátrica para pacientes mentales hospitalizados. Estos servicios sólo cuentan para el limite vitalicio de 190 días si se satisfacen ciertas condiciones. Esta limitante no se aplica a los servicios psiquiátricos de atención médica para pacientes con enfermedades mentales hospitalizados que se otorguen en un hospital general.</p>	<p><b>En la red:</b> \$0 de copago</p> <p>Usted recibe hasta 190 días vitalicios de atención médica psiquiátrica para pacientes mentales hospitalizados. Estos servicios sólo cuentan para el limite vitalicio de 190 días si se satisfacen ciertas condiciones. Esta limitante no se aplica a los servicios psiquiátricos de atención médica para pacientes mentales hospitalizados que se otorguen en un hospital general.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.</p>	<p><b>En la red:</b> \$0 de copago</p> <p>Usted recibe hasta 190 días vitalicios de atención médica psiquiátrica para pacientes mentales hospitalizados. Estos servicios sólo cuentan para el limite vitalicio de 190 días si se satisfacen ciertas condiciones. Esta limitante no se aplica a los servicios psiquiátricos de atención médica para pacientes mentales hospitalizados que se otorguen en un hospital general.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Centros de enfermería especializada</b></p> <p>(en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011 las cantidades por cada período de prestaciones después de al menos una estancia hospitalaria cubierta de 3 días fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Días 1 - 20: \$0 al día</li> <li>- Días 21 - 100: \$141.50 al día</li> </ul> <p>Estas cantidades cambiarán en 2012.</p> <p>100 días para cada período de prestaciones. (3)</p> <p>Un “período de prestación” comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializado. Termina cuando pasan 60 días seguidos sin que asista a un hospital o a un centro de enfermería especializado. Si usted ingresa en el hospital después de que terminó el período de prestación, comienza un nuevo período de prestación. Usted debe pagar el deducible de atención médica para pacientes hospitalizados por cada período de prestación. No hay un límite al número de períodos de prestación que puede tener.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p><b>En la red</b> Para estancias en centros de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Días 1-20: \$0 de copago al día</li> <li>- Días 21-100: \$25 de copago al día</li> </ul> <p>Límite de \$2,000 en gastos directos de bolsillo cada año. El plan cubre hasta 100 días cada período de prestaciones.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p><b>En la red</b> \$0 de copago por servicios en centros de enfermería especializada.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de prestaciones</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Servicios de atención médica domiciliaria</b> (incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, auxiliar rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p><b>En la red</b> \$0 de copago por:</p> <p>- Visitas de atención médica domiciliarias cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p><b>En la red</b> \$0 de copago por:</p> <p>- Visitas de atención médica domiciliarias cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de residencia para enfermos terminales</b></p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos ambulatorios y de la atención de los pacientes hospitalizados</p> <p>Debe recibir atención de una residencia certificada por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir atención de una residencia certificada por Medicare.</p> <p>Su plan pagará por una cita de consulta antes de que usted elija la residencia.</p>	<p><b>General</b> Debe recibir atención de una residencia certificada por Medicare.</p> <p>Su plan pagará por una cita de consulta antes de que usted elija la residencia</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Atención ambulatoria</b>			
<b>Visitas al consultorio médico</b>	20% de coaseguro (1) (2)	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por cada visita a un médico de atención primaria para prestaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el costo de cada visita de atención urgente a un consultorio de la red cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un médico especialista para prestaciones cubiertas por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por cada visita a un médico de atención primaria para prestaciones cubiertas por Medicare. *</p> <p>\$0 de copago por el costo de cada visita de atención urgente a un consultorio de la red cubierta por Medicare. *</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un médico especialista para prestaciones cubiertas por Medicare. *</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>La atención de rutina no se cubre.</p> <p>0% o 20% de coaseguro por manipulación manual de la columna para corregir subluxación (desplazamiento o mala alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Hasta 2 visitas de rutina al año. Máximo \$60 por visita. El miembro es responsable de todos los costos por encima del máximo del plan.</p> <p>Las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna para corregir subluxación (desplazamiento o mala alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por hasta 4 visitas de rutina al año. Máximo \$60 por visita. El miembro es responsable de todos los costos por encima del máximo del plan.</p> <p>Las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna para corregir subluxación (desplazamiento o mala alineación de una articulación o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Servicios podiátricos</b>	<p>La atención de rutina no se cubre.</p> <p>0% o 20% de coaseguro para la atención médicamente necesaria de los pies, incluyendo la atención para las enfermedades médicas que afectan las extremidades inferiores.(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para las visitas al podiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago hasta por 1 visita de rutina cada tres meses. Máximo \$30 por visita. El miembro es responsable de todos los costos por encima del máximo del plan.</p> <p>Las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para las visitas al podiatra cubiertas por Medicare. *</p> <p>\$0 de copago hasta por 1 visita de rutina cada tres meses. Máximo \$30 por visita. El miembro es responsable de todos los costos por encima del máximo del plan.</p> <p>Las prestaciones de podiatría cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies.</p>
<b>Atención médica mental ambulatoria</b>	<p>0% o 40% de coaseguro para la mayoría de los servicios ambulatorios de atención médica mental.</p> <p>Copago especificado para los servicios del programa de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios otorgados por un hospital o un centro comunitario de salud mental (CMHC), El copago no puede exceder el deducible de atención hospitalaria Parte A. (1) (2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$20 de copago por visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios del programa de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 o \$20 de copago por visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.*</p> <p>\$0 o \$20 de copago por servicios del programa de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Atención para abuso de sustancias ambulatoria</b>	0% o 20% de coaseguro (1) (2)	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$20 de copago por visita individual o grupales cubierta por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.*</p>
<b>Servicios/cirugía ambulatoria</b>	<p>0% o 20% de coaseguro para los servicios del médico (1) (2)</p> <p>Copago especificado para cargos en centros hospitalarios ambulatorios. El copago no puede superar el deducible de la atención a pacientes hospitalizados Parte A.</p> <p>0% o 20% de copago para cargos de centros quirúrgicos ambulatorios. (1) (2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago visita a un centro hospitalario cubierto por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare. *</p> <p>\$0 de copago por cada visita a un centro hospitalario cubierto por Medicare. *</p>
<b>Servicios de ambulancia</b>	0% o 20% de coaseguro (1) (2)	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$50 de copago para prestaciones de ambulancias cubiertas por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para prestaciones de ambulancias cubiertas por Medicare. *</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Atención de emergencia</b> (Usted puede acudir a cualquier centro de emergencias si cree de manera razonable que necesita atención de emergencia.)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro para el médico (1)(2)</p> <p>Copago especificado para cargos en centros de unidades hospitalarias emergencia (ER).</p> <p>El copago del centro de emergencia no puede exceder el deducible de la atención hospitalaria de Parte A.</p> <p>No tiene que pagar copago del centro de emergencias si es internado por la misma condición dentro de 3 días después de su visita al centro de emergencias.(1)(2)</p> <p>NO cubre fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$50 de copago por visitas a un centro de emergencias cubierto por Medicare.</p> <p>Límite de \$20,000 para la cobertura del plan para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos cada año.</p> <p>Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas para la misma condición, usted paga \$0 por la visita al centro de emergencia.</p>	<p>General \$0 a \$50 de copago por visitas a un centro de emergencias cubierto por Medicare.*</p> <p>Límite de \$20,000 para la cobertura del plan para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos cada año.</p> <p>Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas para la misma condición, usted paga \$0 por la visita al centro de emergencia.</p>
<p><b>Atención de necesidad urgente</b>  (NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, ocurre fuera del área de servicio.)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro o un copago establecido. (1) (2)</p> <p>NO cubierta fuera de Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>General \$50 de copago por visitas de atención de necesidad urgente cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas para la misma condición, \$0 por la visita de atención urgente.</p>	<p>General \$0 de copago por visitas de atención de necesidad urgente cubiertas por Medicare.*</p> <p>Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas para la misma condición, \$0 por la visita de atención urgente.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b></p> <p>(Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje, servicios de terapia respiratoria, servicios sociales/psicológicos y más)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$20 de copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por visitas de terapia física y/o terapia del lenguaje/habla cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede haber limitaciones en servicios de terapia física, ocupacional y Patología del lenguaje y del habla. Si es así, puede haber excepciones a estos límites.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 o \$10 de copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 0% o de copago por visitas de terapia física y/o terapia del lenguaje/habla cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. *</p> <p>Puede haber limitaciones en servicios de terapia física, ocupacional y Patología del lenguaje y del habla. Si es así, puede haber excepciones a estos límites.</p>
<b>Servicios y suministros médicos ambulatorios</b>			
<p><b>Equipo médico duradero</b></p> <p>(incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por los artículos cubiertos por Medicare.(5) *</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Dispositivos protésicos</b></p> <p>(incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red 20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por los artículos cubiertos por Medicare.(5) *</p>
<p><b>Capacitación para el automonitoreo, terapia de nutrición y suministros para la diabetes</b></p> <p>(incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, rastreo, capacitación prueba de glaucoma/ examen de retina, y de los pies/zapatos terapéuticos suaves)</p>	<p>0% o 20% de coaseguro(1)(2)</p> <p>La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o enfermedades renales (pero no están en diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidas por un médico. Estos servicios los puede ofrecer un dietista registrado o incluir una evaluación nutricional y asesoría para ayudarle a manejar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por capacitación para el monitoreo personal de la diabetes.</p> <p>\$0 de copago por terapia nutricional para la diabetes.</p> <p>\$0 de copago por suministros para la diabetes.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por capacitación para el monitoreo personal de la diabetes. *</p> <p>\$0 de copago por terapia nutricional para la diabetes. *</p> <p>\$0 de copago por suministros para la diabetes. *</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología.</b></p>	<p>20% de coaseguro para pruebas de diagnóstico y rayos X.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (1)(2)</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios de diagnóstico médicamente necesarios ordenados por su médico si se hacen en un laboratorio certificado por las Enmiendas Clínicas de Mejora de Laboratorios (CLIA) que participe con Medicare. Estos servicios ayudan a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de pruebas rutinarias de rastreo, como verificar el colesterol.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por los servicios cubiertos de Medicare de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laboratorio</li> <li>- procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>- rayos X</li> <li>- servicios de radiología de diagnóstico (que no incluyan rayos X)</li> <li>- servicios de radiología terapéutica</li> </ul>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por los servicios cubiertos de Medicare de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laboratorio *</li> <li>- procedimientos y pruebas de diagnóstico *</li> <li>- rayos X *</li> <li>- servicios de radiología de diagnóstico (que no incluyan rayos X) *</li> <li>- servicios de radiología terapéutica *</li> </ul>
<b>Servicios preventivos</b>			
<p><b>Servicios preventivos y de bienestar / Programas educativos</b></p>	<p>Sin coaseguro, copago ni deducible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>- Medición de masa ósea. Cubierto una vez cada 24 meses (más a menudo si es médicamente necesario) si cumple determinadas condiciones médicas.</li> <li>- Examen de rastreo cardiovascular –</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer cervical</li> </ul>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos bajo el plan Original Medicare con un costo compartido de cero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de aneurisma aórtico abdominal</li> </ul>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos bajo el plan Original Medicare con un costo compartido de cero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>- Medición de masa ósea.</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
	<p>y vaginal. Cubierto una vez cada 2 años. Cubierto una vez al año para mujeres de alto riesgo con Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de rastreo colorrectal</li> <li>- Examen de rastreo de diabetes</li> <li>- Vacuna para la influenza</li> <li>- Vacuna para la hepatitis B para personas con Medicare que están en riesgo.</li> <li>- Examen de rastreo de HIV. \$0 de copago para el rastreo de HIV, pero generalmente pagará el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita al doctor. El examen de HIV está cubierto para personas con Medicare que están embarazadas y para las que están en mayor riesgo de ser infectadas, incluyendo cualquiera que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo cuando ha sido referido por un médico.</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer de mama. (mastografía). Medicare cubre mamografías una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años o mayores. Medicare cubre una mastografía base para las mujeres entre 35-39 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de masa ósea.</li> <li>-Examen de rastreo cardiovascular</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer cervical y vaginal. (Examen Pap y pélvico)</li> <li>- Examen de rastreo colorrectal</li> <li>- Examen de rastreo de diabetes</li> <li>- Vacuna para la influenza</li> <li>- Vacuna para la hepatitis B.</li> <li>- Examen de rastreo de HIV</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer de mama. (mastografía).</li> <li>-Servicios médicos de terapia de nutrición</li> <li>-Plan personal de servicios de prevención (Visitas anuales de bienestar)</li> <li>-Vacuna del neumococo</li> <li>-Examen de rastreo de cáncer de próstata (Sólo prueba de antígeno prostático específico (PSA))</li> <li>- Dejar de fumar (asesoría para dejar de fumar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen de rastreo cardiovascular</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer cervical y vaginal. (Examen Pap y pélvico)</li> <li>- Examen de rastreo colorrectal</li> <li>- Examen de rastreo de diabetes</li> <li>- Vacuna para la influenza</li> <li>- Vacuna para la hepatitis B.</li> <li>- Examen de rastreo de HIV</li> <li>- Examen de rastreo de cáncer de mama. (mastografía).</li> <li>-Servicios médicos de terapia de nutrición</li> <li>-Plan personal de servicios de prevención (Visitas anuales de bienestar)</li> <li>-Vacuna del neumococo</li> <li>-Examen de rastreo de cáncer de próstata (Sólo prueba de antígeno prostático específico (PSA))</li> <li>- Dejar de fumar (asesoría para dejar de fumar)</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Servicios preventivos y de bienestar / Programas educativos</b> <i>(continuación)</i></p>	<p>-Servicios médicos de terapia de nutrición. La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o enfermedad del riñón (pero que no están bajo diálisis o no han tenido un trasplante de riñón). Estos servicios puede darlos un especialista en dietas registrado y puede incluir evaluación y asesoría nutricional como ayuda para controlar su diabetes o enfermedad del riñón.</p> <p>-Plan personal de servicios de prevención (Visitas anuales de bienestar) de un médico para mayor información.</p> <p>-Examen de rastreo de cáncer de próstata. -Sólo prueba de antígeno prostático específico (PSA). Cobertura de una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años.</p> <p>- Dejar de fumar (asesoría para dejar de fumar). Cubierta si la requiere su médico. Incluye dos intentos de asesoría dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye cuatro visitas cara a cara.</p> <p>-Examen físico de bienvenida de Medicare (examen físico inicial preventivo). Cuando usted se inscribe en el Plan B de Medicare, es elegible según lo siguiente: Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B, puede obtener ya sea un Examen físico de bienvenida de Medicare o una visita de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede obtener una visita</p>	<p>-Examen físico de bienvenida de Medicare (examen físico inicial preventivo).</p> <p>El examen de HIV está cubierto para personas con Medicare que están embarazadas y para las que están en mayor riesgo de ser infectadas, incluyendo cualquiera que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Por favor contacte a su Plan para más detalles.</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación/bienestar: -Material escrito de educación sobre la salud incluyendo boletines informativos -beneficios nutricionales -ayuda adicional para dejar de fumar - Clases para estar en forma/Membresía a un club de salud</p>	<p>-Examen físico de bienvenida de Medicare (examen físico inicial preventivo). El examen de HIV está cubierto para personas con Medicare que están embarazadas y para las que están en mayor riesgo de ser infectadas, incluyendo cualquiera que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Por favor contacte a su Plan para más detalles. Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red El plan cubre los siguientes programas suplementarios de educación/bienestar: -Material escrito de educación sobre la salud incluyendo boletines informativos -beneficios nutricionales -ayuda adicional para dejar de fumar - Clases para estar en forma/Membresía a un club de salud</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Enfermedad renal en etapa terminal</b></p>	<p>0% o 20% de coaseguro por diálisis renal (1)(2)</p> <p>0% o 20% de coaseguro por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal. (1)(2)</p> <p>La terapia de nutrición es para quienes tienen diabetes o enfermedades renales (pero no están en diálisis o no han tenido transplante de riñón) si las refiere un médico. Un dietista registrado puede darlos o incluir evaluación nutricional y asesoría para ayudarle a manejar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red 20% del costo de la diálisis renal.</p> <p>\$0 de copago por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red 0% del costo de la diálisis renal. *</p> <p>\$0 de copago por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.*</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Medicamentos recetados</b>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare inscribiéndose en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener toda su cobertura Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos recetados si se inscribe en un plan de Medicare Advantage o un plan de Medicare Cost que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General 20% del costo por medicamentos de quimioterapia cubiertos por Parte B y otros medicamentos cubiertos Parte B.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General \$0 de deducible anual para medicamentos cubiertos de Parte B.*</p> <p>0% o 20% del costo por medicamentos de quimioterapia cubiertos por Parte B y otros medicamentos cubiertos Parte B*.</p>

- (1) Cada año, usted paga un total de un deducible de \$162.
- (2) Si un médico o proveedor decide no aceptar el caso, sus costos son a menudo más altos, lo cual significa que usted paga más.
- (3) Un período de prestaciones comienza el día en que acude a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de prestaciones termina cuando no ha recibido atención hospitalaria o de un centro de enfermería especializada en 60 días seguidos. Si acude al hospital después de terminado un período de prestaciones, comienza un nuevo período. Debe pagar el deducible hospitalario de paciente internado por cada período de prestaciones. No hay límite en el número de períodos de prestaciones que puede tener.
- (4) Los días de reserva sólo pueden usarse una vez en la vida.
- (5) Póngase en contacto con el plan para más detalles sobre las Prestaciones de Medicaid Advantage.

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b></p> <p>(continuación)</p>		<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p><b>General</b> Este plan tiene un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede consultarlo en <a href="http://www.lhany.com">www.lhany.com</a>.</p> <p>Pueden aplicar diferentes gastos directos de bolsillo para personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en centros de cuidado de largo plazo, o</li> <li>- tienen acceso a Indian/Tribal/Urban (Servicio de Salud Indígena, Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura recetada nacional en la red (es decir, esto incluiría 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará la misma cantidad de costo compartido por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por el plan.</p> <p>El plan puede solicitarle que primero pruebe un medicamento que trate su condición antes de que cubra otro para esa misma condición.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D</p> <p><b>General</b> Este plan aplica un formulario. El plan le enviará el formulario. Usted también puede consultarlo en <a href="http://www.lhany.com">www.lhany.com</a>.</p> <p>Pueden aplicar diferentes gastos directos de bolsillo para personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en centros de cuidado de largo plazo, o</li> <li>- tienen acceso a Indian/Tribal/Urban (Servicio de Salud Indígena, Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura recetada nacional en la red (es decir, esto incluiría 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará la misma cantidad de costo compartido por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando está de viaje).</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por el plan.</p> <p>El plan puede solicitarle que primero pruebe un medicamento que trate su condición antes de que cubra otro para esa misma condición.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b></p> <p>(continuación)</p>		<p>Algunos medicamentos tienen límites a la cantidad.</p> <p>Para determinados medicamentos, su proveedor debe conseguir autorización previa de Liberty Health Advantage HMO.</p> <p>El plan pagará por ciertos medicamentos sin receta como parte de su programa de administración de utilización. Ciertos medicamentos sin receta son más baratos que los recetados y funcionan igual de bien. Contacte al plan para más detalles.</p> <p>Debe acudir a ciertas farmacias por un limitado número de medicamentos, ya que tienen requisitos de manejo especial, coordinación entre proveedores, o instrucción al paciente, no los hay en la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos aparecen en una lista en el sitio web de los planes, en el formulario y en material impreso, así como en el Localizador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Drug Plan Finder) en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que la cantidad normal de costo compartido de ese medicamento, usted pagará el costo real, no la cantidad mayor de costo compartido.</p>	<p>Algunos medicamentos tienen límites a la cantidad.</p> <p>Para determinados medicamentos, su proveedor debe conseguir autorización previa de Liberty Health Advantage HMO.</p> <p>El plan pagará por ciertos medicamentos sin receta como parte de su programa de administración de utilización. Ciertos medicamentos sin receta son más baratos que los recetados y funcionan igual de bien. Contacte al plan para más detalles.</p> <p>Debe acudir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos; debido a que tienen requisitos de manejo especial, coordinación entre proveedores, o instrucción al paciente, no los hay en la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos aparecen en una lista en el sitio web de los planes, en el formulario y en material impreso, así como en el Localizador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Drug Plan Finder) en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que la cantidad normal de costo compartido de ese medicamento, usted pagará el costo real, no la cantidad mayor de costo compartido.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Original Medicare	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y Liberty Health Advantage HMO aprueba la excepción, usted pagará Nivel 4: Costo compartido de medicamentos de marca no preferidos para ese medicamento.</p> <p><b>En la red</b> Usted paga un deducible anual de \$0. Medicamentos complementarios no cuentan para sus costos de gastos directos de bolsillo.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que totalice un costo anual de \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$30 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$20 por un suministro de 62 días</li> </ul>	<p><b>En la red</b> Usted paga un deducible anual de \$0.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Dependiendo de su ingreso y estatus institucional, deberá pagar por:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$0; o</li> <li>- Un copago de \$1.10; o</li> <li>- Un copago de \$2.60.</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos, bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$0; o</li> <li>- Un copago de \$3.30; o</li> <li>- Un copago de \$6.50.</li> </ul> <p><b>Farmacia minorista</b> Usted puede obtener sus medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suministro para un mes (31 días)</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
		<p>de medicamentos de este nivel.</p> <p>Nivel 3: Marcas preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$25 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$75 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$50 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 4: Marcas no preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$50 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$150 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$100 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para un suministro para tantos días. Por favor póngase en contacto con el plan para más información.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% de coaseguro por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suministro para tres meses (92 días)</li> <li>- suministro para 62 días</li> <li>- No todos los medicamentos están disponibles para un suministro para tantos días. Por favor póngase en contacto con el plan para más información.</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)		<b>Farmacia de atención a largo plazo</b> Nivel 1: Genéricos preferidos - copago \$0 por un suministro de un un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.  Nivel 2: Genéricos no preferidos - copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.  Nivel 3: Marcas preferidas - copago \$25 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.  Nivel 4: Marcas no preferidas - copago \$50 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel de medicamentos de especialidad  Nivel 5: Medicamentos de especialidad - 25% de coaseguro por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.	<b>Farmacia de atención a largo plazo</b> Usted puede obtener sus medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s): - suministro para un mes (31 días)

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p><b>Pedidos por correo</b></p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$30 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$20 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>Nivel 3: Marcas preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$25 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$75 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$50 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul>	<p><b>Pedidos por correo</b></p> <p>Usted puede obtener sus medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suministro para un mes (31 días)</li> <li>- suministro para tres meses (92 días)</li> <li>- suministro para 62 días</li> <li>- No todos los medicamentos están disponibles para un suministro para tantos días. Por favor póngase en contacto con el plan para más información.</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>Nivel 4: Marcas no preferidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$50 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> <li>- copago \$150 por un suministro de tres meses (92 días) de medicamentos del nivel.</li> <li>- copago \$100 por un suministro de 62 días de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p>No todos los medicamentos están disponibles para un suministro para tantos días. Por favor póngase en contacto con el plan para más información.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% de coaseguro por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos del nivel.</li> </ul> <p><b>Brecha de cobertura adicional</b> Usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Farmacia minorista</b></p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de tres meses (92 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de 62 días de todos los medicamentos cubiertos del nivel</li> </ul>	

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>Nivel 2: Genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel</li> <li>- copago \$30 por un suministro de tres meses (92 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel</li> <li>- copago \$20 por un suministro de 62 días de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> </ul> <p>Usted también recibirá un descuento en medicamentos de marca y por lo general no pagará más de 86% del costo del plan para medicamentos genéricos hasta que sus costos de medicamentos de bolsillo anual lleguen a los \$4,700.00</p> <p><b>Farmacia de atención de largo plazo</b></p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos de este nivel.</li> </ul> <p><b>Pedidos por correo</b></p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de un mes</li> </ul>	

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Original Medicare	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
		<p>(31 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$0 por un suministro de tres meses (92 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> <li>- copago \$0 por un suministro de 62 días de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> </ul> <p>Nivel 2: Genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> <li>- copago \$30 por un suministro de tres meses (92 días) de todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> <li>- copago \$20 por un suministro de 62 días todos los medicamentos cubiertos del nivel.</li> </ul> <p>Cuando sus costos anuales totales de medicamentos lleguen a \$2,930 usted recibirá cobertura limitada por el plan para ciertos medicamentos. También recibirá un descuento en medicamentos de marca y por lo general no pagará más de 86% de los costos del plan para medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo por medicamentos lleguen a \$4,700.</p>	

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Original Medicare	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p><b>Cobertura catastrófica</b> Si sus gastos directos de bolsillo anuales por medicamentos llegan a \$4,700, paga el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% de coaseguro, o</li> <li>- Un copago de \$2.60 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden cubrirse en ciertos casos, como si se enferma en un viaje fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Puede tener que pagar más que su cantidad normal de costo compartido si compra sus medicamentos en una farmacia que no es de la red. Además, puede ser que pague el cargo total de la farmacia por el medicamento y envíe la documentación para recibir un reembolso de Liberty Health Advantage HMO.</p> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente, para medicamentos comprados fuera de la red, hasta que los costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$2,930:</p>	<p><b>Cobertura catastrófica</b> Después de que sus gastos directos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, en caso de enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Usted puede tener que pagar más que su cantidad normal de costo compartido si compra sus medicamentos en una farmacia que no pertenece a la red. Además, probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir un reembolso de Liberty Health Advantage HMO.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suministro para un mes (31 días)</li> </ul> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Dependiendo de su ingreso y estatus institucional, Liberty Health Advantage Dual Power HMO SNP le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Original Medicare	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>Nivel 1: Genéricos preferidos - copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> <p>Nivel 2: Genéricos no preferidos - copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> <p>Nivel 3: Marcas preferidas - copago \$25 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Marcas no preferidas - copago \$50 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de especialidad - 25% de coaseguro por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en el nivel.</p> <p>No se le reembolsará por la diferencia entre el cargo de la farmacia externa al plan y la cantidad permisible en la red del plan.</p> <p><b>Brecha de cobertura adicional fuera de la red</b> Se le reembolsará por estos medicamentos comprados fuera de la red hasta por el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos - copago \$0 por un suministro de un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel.</p>	<p>Para medicamentos genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$0; o</li> <li>- Un copago de \$1.10; o</li> <li>- Un copago de \$2.60.</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$0; o</li> <li>- Un copago de \$3.30; o</li> <li>- Un copago de \$6.50.</li> </ul>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>Nivel 2: Genéricos no preferidos - copago \$10 por un suministro de un mes (31 días) de medicamentos en este nivel. Medicamentos de Liberty Choice</p> <p>Nivel 3: Marcas preferidas - Se le reembolsará hasta el 14% del costo permisible del plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Nivel 4: Marcas no preferidas - Se le reembolsará hasta el 14% del costo permisible del plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$4,700. - Se le reembolsará hasta el precio de descuento para medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de especialidad - Se reembolsará hasta 14% del costo permisible del plan para medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual de los medicamentos sea \$4,700.</p>	

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Original Medicare</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos recetados</b>  (continuación)</p>		<p>No se le reembolsará por la diferencia entre el cargo de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad permisible de la red del plan.</p> <p><b>Cobertura catastrófica fuera de la red</b> Cuando sus gastos anuales directos de bolsillo por medicamentos sean \$4,700, se reembolsará por los medicamentos comprados fuera de la red hasta por el costo total del medicamento menos su costo compartido, que es el mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% de coaseguro, o</li> <li>- copago \$2.60 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.50 de copago por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>No se reembolsará la diferencia entre el cargo de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad permisible de la red del plan.</p>	<p><b>Cobertura catastrófica fuera de la red</b> Después de que sus costos anuales de gastos directos de bolsillo por medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará por completo los medicamentos comprados fuera de la red.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Servicios dentales</b>	Los servicios dentales preventivos (tales como limpieza) no están cubiertos.	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por las prestaciones dentales cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por las siguientes prestaciones dentales preventivas: - hasta 2 exámenes bucales cada año - hasta 2 limpiezas cada año - hasta 2 rayos X dentales cada año</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por las prestaciones dentales cubiertas por Medicare.*</p> <p>En general, las prestaciones dentales preventivas (como limpieza) no están cubiertas.</p>
<b>Servicios para el cuidado del oído</b>	<p>Los exámenes rutinarios del oído y los audífonos no están cubiertos.</p> <p>0% o 20% de coaseguro por exámenes de diagnóstico del oído.(1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta 1 audífono externo cada tres años</li> <li>- \$20 de copago por exámenes de diagnóstico del oído cubiertos por Medicare.</li> <li>- \$20 de copago hasta por 1 prueba de rutina del oído cada año.</li> <li>- \$20 de copago por hasta 1 evaluación de ajuste del audífono cada año.</li> </ul> <p>Límite de \$1000 para audífonos de rutina cada tres años.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago exámenes de diagnóstico del oído cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasta 1 prueba del oído de rutina cada año.</li> <li>- hasta 1 evaluación de ajuste del audífono cada año.</li> <li>- \$0 de copago por hasta 1 audífono externo cada tres años</li> </ul> <p>Límite de \$1000 para audífonos de rutina cada tres años.(5)</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Prestación	Medicare original	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<p><b>Servicios para el cuidado de la vista</b></p>	<p>0% o 20% de coaseguro por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y padecimientos del ojo. (1) (2)</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista y lentes no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de lentes o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Pruebas anuales de rastreo de glaucoma para personas en riesgo.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo y hasta 1 examen de rutina de los ojos cada año</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un par de lentes o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</li> <li>- hasta 1 par de lentes cada año.</li> <li>- hasta 1 par de lentes de contactos cada año.</li> <li>- hasta 1 par de cristales cada año</li> <li>- hasta 1 montura cada año</li> </ul> <p>Límite de \$100 por lentes para los ojos cada año.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo y hasta 1 examen de rutina de los ojos cada año.</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un par de lentes o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</li> <li>- hasta 1 par de lentes cada año.</li> <li>- hasta 1 par de lentes de contactos cada año.</li> <li>- hasta 1 par de cristales cada año</li> <li>- hasta 1 montura cada año.</li> </ul> <p>Límite de \$100 por lentes para los ojos cada año.(5)</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Educación de la salud y el bienestar</b>	Dejar de fumar: Cubierto si lo ordena su médico. Incluye dos intentos de asesoría dentro del período de 12 meses si se le diagnostican enfermedades relacionadas con el tabaco o está tomando medicinas que puedan ser afectadas por el tabaco. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personales. Usted paga el coaseguro y aplica el deducible Parte B.	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red El plan cubre las siguientes prestaciones de educación para la salud y el bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material escrito sobre educación, incluyendo Boletines.</li> <li>- Capacitación de nutrición</li> <li>- Tratamiento adicional antitabaco</li> <li>- Clases para estar en forma/Membresía a un club de salud</li> <li>- \$0 de copago por cada sesión de asesoría para dejar de fumar cubierta por Medicare.</li> </ul>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red El plan cubre las siguientes prestaciones de educación para la salud y el bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material escrito sobre educación, incluyendo Boletines.</li> <li>- Capacitación de nutrición</li> <li>- Tratamiento adicional antitabaco</li> <li>- Clases para estar en forma/Membresía a un club de salud</li> <li>- \$0 de copago por cada sesión de asesoría para dejar de fumar cubierta por Medicare.</li> </ul>
<b>Transporte</b>  (Rutinario)	No está cubierto.	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago por hasta 12 viajes de ida a un centro(s) aprobado por el plan cada año. Máximo \$20 por viaje. El miembro es responsable de todos los costos superiores al máximo del plan.</p>	*Póngase en contacto con el plan para más información sobre las Prestaciones de Medicaid Advantage.

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Medicare original</b>	<b>Preferred Choice (HMO)</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Acupuntura</b>	No está cubierto.	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago hasta por hasta 6 visitas al año. Máximo \$60 por visita. El miembro es responsable de todos los costos superiores al máximo del plan.</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>En la red \$0 de copago hasta por hasta 6 visitas al año. Máximo \$60 por visita. El miembro es responsable de todos los costos superiores al máximo del plan.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

Sección III

Prestación	Original Medicare	Preferred Choice (HMO)	Dual Power (HMO SNP)
<b>Prestaciones adicionales de Medicare</b>			
<b>Prestación de medicamentos sin receta médica</b>	No está cubierto.	<p>La cantidad máxima de cobertura de prestaciones del plan para medicamentos y suministros sin receta es de \$45 por trimestre (\$180 por año).</p> <p>Por favor, visite el sitio web de nuestro plan para consultar nuestra lista de artículos sin recetas que están cubiertos. Dichos artículos sólo se pueden comprar para el inscrito. Por favor, póngase en contacto con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p>	<p>La cantidad máxima de cobertura de prestaciones del plan para medicamentos y suministros sin receta es de \$45 por trimestre (\$180 por año).</p> <p>Por favor, visite el sitio web de nuestro plan para consultar nuestra lista de artículos sin recetas que están cubiertos. Dichos artículos sólo se pueden comprar para el inscrito. Por favor, póngase en contacto con el plan para recibir instrucciones específicas para usar esta prestación.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

## Sección IV

Las personas que califican para Medicare y Medicaid son conocidas como Dual Elegibles (de elegibilidad dual). Una persona de elegibilidad dual, puede ser elegible para recibir prestaciones bajo el programa federal de Medicare y el programa de Medicaid operado por el estado.

El tipo de prestaciones que usted recibe dependen de su estado y pueden partir de sus ingresos y recursos. Con la ayuda de Medicaid, algunas personas de elegibilidad dual no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de prestaciones y el tipo de asistencia Medicaid que ofrece nuestro plan son los siguientes:

- **Elegibilidad dual con prestaciones completas (Full Benefit Dual Eligible (FBDE)):** Pago de sus primas de Medicare Parte B, en algunos casos primas de Medicare Parte A y todas las prestaciones de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de bajo ingreso especificado-Plus (Specified Low Income Medicare Beneficiary-Plus (SLMB-Plus)):** Pago de sus primas de Medicare Parte B y todas las prestaciones de Medicaid.
- **Beneficiario calificado para Medicare-Plus (Qualified Medicare Beneficiary-Plus (QMB-Plus)):** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, costo compartido (excluyendo los copagos de Parte D) y todas las prestaciones de Medicaid.

En la siguiente tabla aparece la lista de servicios que sólo están disponibles para miembros de Dual Power (HMO SNP) para las personas que califican para todos los beneficios de Medicaid. La tabla también explica que una prestación similar está disponible bajo nuestro plan. Es importante que comprenda que los beneficios de Medicaid pueden variar a partir de su nivel de ingreso y otros estándares. También, las prestaciones de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estatus actual, es posible que usted no califique para todas las prestaciones de Medicaid. Los residentes de la Ciudad de Nueva York deberán llamar a la Administración de recursos humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Human Resources Administration) (HRA) al 1-877-472-8411 para recibir la información actualizada y precisa sobre su elegibilidad y sus prestaciones. Los residentes del condado de Nassau deben contactar a su Departamento local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services) para obtener esta información.

Si usted decide inscribirse en nuestro plan y califica para recibir todas las prestaciones de Medicaid, recibirá muchas de estas prestaciones de nosotros. Las prestaciones que nuestro plan no cubre podrían ser cubiertas al usar su tarjeta de tarifa por servicio de Medicare (Medicaid Fee for Service card).

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Atención médica para pacientes hospitalizados</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Hasta 365 días por año (366 días en año bisiesto)</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p> <p>Hasta 365 días por año (366 días en año bisiesto)</p>
<b>Atención médica para pacientes hospitalizados con problemas mentales, superior al límite vitalicio de 190 días</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Todos los servicios de atención médica para pacientes mentales hospitalizados, incluyendo ingresos voluntarios e involuntarios, sobre el límite vitalicio de Medicare de 190 días.</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p> <p>Todos los servicios de atención médica para pacientes mentales hospitalizados, incluyendo ingresos voluntarios e involuntarios, sobre el límite vitalicio de Medicare de 190 días.</p>
<b>Centros de enfermería especializada</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre días que exceden el límite de 100 días de Medicare. No se requiere previa hospitalización.</p>	<p>No está cubierto.</p>
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Servicios de atención médica domiciliaria</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Atención de enfermería especializada intermitente, servicios de asistencia para la salud domiciliarios y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de atención médica no cubiertos por Medicare (como servicios de asistencia para la salud domiciliarios con supervisión de enfermería a personas inestables médicamente.)</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p> <p>Atención de enfermería especializada intermitente, servicios de asistencia para la salud domiciliarios y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de atención médica no cubiertos por Medicare (como servicios de asistencia para la salud domiciliarios con supervisión de enfermería a personas inestables médicamente.)</p>
<b>Servicios de enfermería privada</b>	<p>Cubre los servicios de enfermería privada necesarios por razones médicas que pueden ser ofrecidos por una agencia de salud domiciliaria, una agencia de atención domiciliaria con licencia o un practicante privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, medio tiempo o continuos y deber ofrecerse en la casa del inscrito de acuerdo al plan de tratamiento del médico que lo solicita, al médico asistente registrado o al plan de tratamiento escrito por un practicante de enfermería certificado.</p>	<p>Cubre los servicios de enfermería privada necesarios por razones médicas que pueden ser ofrecidos por una agencia de salud domiciliaria, una agencia de atención domiciliaria con licencia o un practicante privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, medio tiempo o continuos y deber ofrecerse en la casa del inscrito de acuerdo al plan de tratamiento del médico que lo solicita, al médico asistente registrado o al plan de tratamiento escrito por un practicante de enfermería certificado.</p>
<b>Servicios/cirugía ambulatoria</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Atención para abuso de sustancias ambulatoria</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Cubre visitas individuales y de grupo.</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p> <p>Cubre visitas individuales y de grupo.</p> <p>El inscrito deber de auto referirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p>
<b>Atención médica mental ambulatoria</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>	<p><b>En la red</b> \$0 de copago</p> <p>Cubre visitas individuales y de grupo.</p> <p>El inscrito deber de auto referirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p>
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Cubre visitas individuales y de grupo.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<b>Atención de necesidad urgente</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla tienen como límite veinte (20) visitas por terapia por año, excepto en el</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla tienen como límite veinte (20) visitas por terapia por año, excepto en el caso de niños menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
	<p>caso de niños menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities) ha determinado que usted tiene discapacidades del desarrollo o si padece una lesión traumática cerebral.</p>	<p>Disabilities) ha determinado que usted tiene discapacidades del desarrollo o si padece una lesión traumática cerebral.</p>
<p><b>Equipo médico duradero no cubierto por Medicare</b></p>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Cubre equipo médico duradero, incluyendo aparatos y equipo que no sean suministros médicos, fórmulas enterales, aparatos prostéticos u ortóticos que tengan las siguientes características: soporten usos repetidos por un período de tiempo prolongado; su uso primario y acostumbrado es para propósitos médicos; por lo general no le son útiles a una persona en ausencia de enfermedad o lesión y por lo general se acoplan, diseñan o adaptan para el uso de un individuo en particular. Deben ser requeridos por un profesional de la salud calificado. No debe tener como prerrequisito confinación domiciliar e incluir equipo médico duradero (DME) no cubierto por Medicaid (como bancos de baño o barras de soporte).</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubre equipo médico duradero, incluyendo aparatos y equipo que no sean suministros médicos, fórmulas enterales, aparatos prostéticos u ortóticos que tengan las siguientes características: soportan usos repetidos por un período de tiempo prolongado; su uso primario y acostumbrado es para propósitos médicos; por lo general no le son útiles a una persona en ausencia de enfermedad o lesión y por lo general se acoplan, diseñan o adaptan para el uso de un individuo en particular. Deben ser requeridos por un profesional de la salud calificado. No debe tener como prerrequisito confinación domiciliar e incluye equipo médico duradero (DME) no cubierto por Medicaid (como banco de baño o barras de soporte).</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Dispositivos protésicos</b>	<p>Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre zapatos para pies protésicos, ortóticos y ortopédicos. Zapatos con receta se limitan al tratamiento de la diabetes o cuando el zapato es parte de un aparato ortótico o si hay complicaciones del pie en niños menores de 21 años.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicaid cubre zapatos para pies protésicos, ortóticos y ortopédicos. Zapatos con receta se limitan al tratamiento de la diabetes o cuando el zapato es parte de un aparato ortótico o si hay complicaciones del pie en niños menores de 21 años.</p>
<b>Medicamentos de venta sin receta</b>	<p>Están cubiertos determinados medicamentos de venta sin receta.</p>	<p>La cantidad máxima de cobertura de prestación del plan para suministros y medicamentos de venta sin receta es \$45 por cada trimestre (\$180 por año).</p> <p>Algunos productos para la salud pueden estar disponibles por medio de Medicaid usando tu tarjeta de identificación de beneficiario de Medicaid.</p>
<b>Servicios para el cuidado del oído</b>	<p>Medicaid cubre servicios y productos para el oído cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o impedimento auditivo. Los servicios incluyen la selección de un aparato de ayuda auditiva; servicios de audiología incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones de audición y recetas para aparatos auditivos; y productos para ayuda auditiva incluyendo aparatos para audición, moldes de oreja, adaptaciones especiales y sustitución de partes.</p>	<p>Cubre servicios y productos para el oído cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o impedimento auditivo. Los servicios incluyen la selección de un aparato de ayuda auditiva; servicios de audiología incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones de audición y recetas para aparatos auditivos; y productos para ayuda auditiva incluyendo aparatos para audición, moldes de oreja, adaptaciones especiales y sustitución de partes.</p>

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Servicios para el cuidado de la vista</b>	Servicios de optometristas, oftalmólogos y productos oftálmicos como lentes para la vista, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (de almacén o hechos a la medida), ayudas para la visión disminuida o servicios para visión disminuida. La cobertura también incluye la sustitución o reparación de partes. La cobertura también incluye exámenes para diagnóstico y tratamiento de defectos de la visión y/o enfermedades del ojo. Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años a menos de que esté justificado como médicamente necesario. Los lentes para la vista no deben ser cambiados con mayor frecuencia que cada dos (2) años a menos de que sea médicamente necesario o los lentes se hayan perdido, maltratado o destruido.	Servicios de optometristas, oftalmólogos y productos oftálmicos como lentes para la vista, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (de almacén o hechos a la medida), ayudas para la visión disminuida o servicios para visión disminuida. La cobertura también incluye la sustitución o reparación de partes. La cobertura también incluye exámenes para diagnóstico y tratamiento de defectos de la visión y/o enfermedades del ojo. Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años a menos de que esté justificado como médicamente necesario. Los lentes para la vista no deben ser cambiados con mayor frecuencia que cada dos (2) años a menos de que sea médicamente necesario o los lentes se hayan perdido, maltratado o destruido.
<b>Servicios dentales</b>	Servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluyendo la atención dental necesaria de rutina preventiva y profiláctica, y servicios y suministros y prótesis dentales para aliviar una grave condición de salud. Los servicios quirúrgicos ambulatorios o de hospitalización están sujetos a autorización previa.	Servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluyendo la atención dental necesaria de rutina preventiva y profiláctica, y servicios y suministros y prótesis dentales para aliviar una grave condición de salud. Los servicios quirúrgicos ambulatorios o de hospitalización están sujetos a autorización previa.

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Transporte – rutinario</b>	No cubierto.	Transporte esencial para que un inscrito obtenga la atención y los servicios médicos. Incluye ambulancia, transporte para inválidos, taxis, chóferes, transporte público, u otro medio apropiado para la condición médica del inscrito y un asistente que le acompañe en el transporte, si es necesario.
<b>Capacitación para el automonitoreo, terapia de nutrición y suministros para la diabetes</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Medición de masa ósea</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Examen de rastreo colorectal</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Inmunización</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Mamografías</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Examen</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y	\$0 de copago

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

<b>Prestación</b>	<b>Tarifa por Servicios de Medicare</b>	<b>Dual Power (HMO SNP)</b>
<b>Papanicolau y pélvico</b>	coaseguros de Medicare.	
<b>Examen de rastreo de cáncer de próstata</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros sólo para QMB y QMB-Plus	\$0 de copago
<b>Enfermedad renal en etapa terminal</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros sólo para QMB y QMB-Plus	\$0 de copago
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago
<b>Servicios podiátricos</b>	Medicare cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	\$0 de copago

Resumen de prestaciones de los planes de  
Liberty Health Advantage HMO

**Servicios no cubiertos**

Los siguientes servicios no serán responsabilidad de Liberty Health Advantage HMO bajo el plan Dual Power (HMO SNP):

**Servicios cubiertos por reembolso directo de Original Medicare**

- Servicios de residencia para enfermos terminales que se proporciona a miembros de Medicare Advantage
- Otros servicios que se consideren cubiertos por Original Medicare por CMS (Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid)

**Servicios cubiertos por Tarifa por Servicio de Medicaid (Medicaid Fee for Service)**

- Servicios de planeación familiar fuera de la red proporcionados bajo las disposiciones directas de acceso de la renuncia
- Días en centros de enfermería especializada (SNF) no cubiertos por Medicare
- Servicios de cuidado personal
- Las prestaciones de farmacia de Medicaid permitidas por la Ley Estatal (categorías específicas de medicamentos excluidas de la prestación de Medicare Parte D y determinadas medicaciones incluidas en la prestación de Parte D cuando el Inscrito no puede recibirlas de su plan de Medicare Advantage), también ciertos suministros médicos y fórmula enteral cuando no están cubiertos por Medicare.
- Programas de tratamiento de mantenimiento de metadona

- Determinados Servicios de Atención Médica Mental, incluyendo:
  - Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica
  - Tratamiento diurno
  - Tratamiento diurno continuo
  - Gestión de casos para enfermos mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental locales o estatales)
  - Hospitalizaciones parciales
  - Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment, ACT)
  - Servicios orientados a la recuperación personalizada (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)
- Servicios de rehabilitación que se proporcionan a residentes de Residencias Comunitarias Autorizadas que son Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (OMH Licensed Community Residences, CRs) y programas de tratamientos basados en la familia
- Servicios de la Oficina de Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office of People with Developmental Disabilities, OPWDD)
- Gestión global de casos para Medicaid
- Terapia directamente observada para tuberculosis
- Gestión de casos para SIDA COBRA
- Atención médica de día para adultos
- Servicios del personal de respuesta de emergencia (Personal Emergency Response Services, PERS)

## Preguntas frecuentes

### **¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?**

Cuando se inscribe como miembro de Liberty Health Advantage HMO, usted debe elegir un proveedor del plan que sea su PCP. Su PCP es un profesional del cuidado de la salud que cumple con los requisitos del Estado y está capacitado para darle atención médica básica. Recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted necesite. En la mayoría de los casos, usted debe acudir a su PCP para que le refiera antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

### **¿Cómo elegir un PCP?**

Puede elegir un PCP del Directorio de Proveedores que recibirá una vez que sea miembro de LHA. O, Servicios a Miembros le puede ayudar a elegir un PCP. Una vez que haya elegido, informe a Servicios a Miembros y le enviarán una nueva tarjeta de membresía con el nombre de su PCP. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante). Si hay un especialista u hospital de Liberty Health Advantage HMO a los que quiera acudir en particular, asegúrese primero de que su PCP puede referir a ese especialista o tratar en ese hospital. El nombre de su PCP está impreso en su tarjeta de membresía.

### **¿Cómo hago para acudir a mi PCP?**

Por lo general, usted acude primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades rutinarias de atención médica. Sólo unos pocos tipos de servicios cubiertos puede obtener solo, sin acudir primero a su PCP. Consulte la siguiente pregunta (“¿A qué servicios tengo acceso directo?”) para el tipo de servicios cubiertos que puede obtener sin referencia previa de su PCP.

Su PCP también puede ayudarle a organizar o coordinar sus servicios cubiertos. Estos incluyen rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, especialistas, admisiones hospitalarias, y atención de seguimiento. Su PCP también se pone en contacto con otros proveedores del plan para actualizar su tratamiento o atención. Si necesita determinados servicios o suministros cubiertos, su PCP debe aprobarlos con antelación. Su PCP debe referirle para que acuda a un especialista. En algunos casos, su PCP también necesitará autorización previa (aprobación previa). Dado que él proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todo su historial médico anterior al consultorio de su nuevo PCP. La ley nos pide que protejamos la privacidad de su historial médico y de la información personal de salud.

### **¿Cómo recibo atención de los especialistas?**

Cuando su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, le “referirá” (aprobación previa) para que acuda a un especialista del plan. Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en específico. Algunos ejemplos de especialistas son los oncólogos, que tratan el cáncer; cardiólogos, que tratan enfermedades del corazón; y ortopedistas que tratan determinadas enfermedades o trastornos de los husos, articulaciones o músculos. Para algunos tipos de referencias a especialistas del plan, es posible que su PCP necesite la aprobación previa de nuestro Departamento de Gestión Médica. A esto se le llama “autorización previa”. Es muy importante que su PCP le refiera antes de que acuda a un especialista del plan. Sin embargo, usted no necesita que le refieran para determinados servicios; consulte la siguiente pregunta (“¿A qué servicios tengo acceso directo?”). Si no le refieren antes de recibir sus servicios de un especialista, es posible que usted mismo tenga que pagar por estos servicios.

## Resumen de prestaciones de los planes de Liberty Health Advantage HMO

### ¿A qué servicios tengo acceso directo?

Hay determinados momentos en los que puede recibir servicios sin necesidad de referencia de su PCP.

Obtendrá la mayoría de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordina sus servicios cubiertos. Si recibe servicios de algún médico, hospital o proveedor de atención médica sin que su PCP lo refiera primero, es posible que usted tenga que pagar por esos servicios. También incluye si recibe estos servicios de un proveedor de su plan.

En algunos casos, puede recibir los servicios de la siguiente lista sin referencia o previa aprobación del PCP. “Autoreferido” significa que usted decide recibir esos servicios.

Los siguientes servicios pueden ser autoreferidos:

- Atención médica rutinaria para mujeres: exámenes de senos, mastografías (rayos X del pecho), exámenes de Papanicolaou y pélvicos. Esta atención está cubierta sin que su PCP la refiera sólo si la recibe de un proveedor del plan.
- Las vacunas antigripales y antineumococo (sólo si las obtiene de un proveedor del plan).
- Atención rutinaria de la vista cuando la recibe de un proveedor del plan.
- Atención dental rutinaria cuando la recibe de un proveedor del plan. (Sólo para miembros de Preferred Choice)
- Servicios de emergencia, ya sea de proveedores que pertenezcan o no al plan. Los servicios de emergencia que incluyan atención hospitalaria después que le estabilicen (llamado estado post-estabilización) también están cubiertos.
- La atención de necesidad urgente que reciba de proveedores que pertenezcan o no al plan cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Los servicios de diálisis renal (riñón) que recibe cuando está

temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, háganos saber antes de dejar el área de servicio dónde va a estar para que podamos ayudarle con los arreglos necesarios para que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

## Área de Servicio de Liberty Health Advantage HMO

### 5 Distritos Municipales de la Ciudad de Nueva York y Condado de Nassau



# NOTAS