



# Resumen de Beneficios 2011



# Introducción del resumen de beneficios de GEMCare Medicare Plus (HMO)

1 de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2011

## Condado de Kern

Gracias por su interés en GEMCare Medicare Plus (HMO). Nuestro plan lo es ofrecido por GEMCARE HEALTH PLAN INC./GEMCARE Health Plan, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage. Este resumen de beneficios menciona algunos aspectos de nuestro plan. No incluye cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Si quiere una lista completa de nuestros beneficios, llame a GEMCare Medicare Plus (HMO) y pida la “Constancia de cobertura.”

### **¿TIENE OPCIONES EN SU ATENCIÓN MÉDICA**

Como beneficiario de Medicare, puede escoger de diversas opciones de Medicare. Una es el Plan Original (pago por servicio) de Medicare.

Otra opción es un plan médico de Medicare, como GEMCare Medicare Plus (HMO). Tiene otras opciones. Usted decide. Cualquiera que seleccione, sigue perteneciendo al programa de Medicare.

Puede unirse o dejar un plan solo durante ciertos períodos. Para más detalles, llame a GEMCare Medicare Plus (HMO) al número telefónico al final de esta introducción, ó al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número 24 horas al día, 7 días a la semana.

### **¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

Puede comparar GEMCare Medicare Plus (HMO) y el Plan Original de Medicare usando este resumen de beneficios. Los cuadros en este folleto mencionan algunos beneficios importantes. Para cada beneficio, puede ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original de Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Original de Medicare. También ofrecemos más beneficios que pudieran cambiar de año en año.

### **¿DÓNDE ESTÁ DISPONIBLE GEMCARE MEDICARE PLUS (HMO)?**

La zona de servicio de este plan incluye: condado de Kern, CA. Tiene que vivir en esta zona para unirse al plan.

### **¿QUIÉN PUEDE UNIRSE A GEMCARE MEDICARE PLUS (HMO)?**

Cualquiera que tiene derecho a Medicare Parte A y esté matriculado en Medicare Parte B y viva en la zona de servicio. Pero las personas con enfermedad renal en etapa terminal normalmente no son elegibles para matricularse en GEMCare Medicare Plus (HMO) a menos que sean miembros de nuestra organización y lo han sido desde que empezaron la diálisis.

### **¿PUEDO ESCOGER A MIS MÉDICOS?**

GEMCare Medicare Plus (HMO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Solo puede utilizar a médicos que son parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede pedir un directorio de proveedores actual, o si quiere la lista más actualizada visítenos en [www.gemcarehealthplan.com](http://www.gemcarehealthplan.com).

Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

### **¿QUÉ SUCEDE SI VOY CON UN MÉDICO FUERA DE LA RED?**

Si opta por ir con un médico fuera de nuestra red, usted mismo tiene que pagar por esos servicios, excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, atención de emergencia). Ni el plan ni el Plan Original de Medicare pagarán por dichos servicios.

### **¿DÓNDE PUEDO SURTIR MIS RECETAS SI ME UNO AL PLAN?**

GEMCare Medicare Plus (HMO) ha formado una red de farmacias. Tiene que usar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Quizás no paguemos por sus recetas si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos

casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio de farmacias, o visitarnos en [www.gemcarehealthplan.com](http://www.gemcarehealthplan.com). Nuestro número de servicio al cliente aparece al final de esta introducción.

## **¿CUBRE MI PLAN MEDICINAS DE MEDICARE PARTE B O PARTE D?**

GEMCare Medicare Plus (HMO) cubre medicinas recetadas de Medicare Parte B y Medicare Parte D.

## **¿QUÉ ES UN FORMULARIO DE MEDICINAS RECETADAS?**

GEMCare Medicare Plus (HMO) usa un formulario. Un formulario es una lista de medicinas cubiertas por su plan que satisfacen las necesidades de los pacientes. De vez en cuando podemos añadir, quitar o hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertas medicinas o cambiar lo que usted paga por una medicina. Si hacemos un cambio en el formulario que limita la habilidad de nuestros miembros de surtir sus recetas, avisaremos a los miembros afectados antes de que se haga el cambio. Le enviaremos un formulario, y puede ver nuestro formulario completo en nuestra página de Internet en [www.gemcarehealthplan.com](http://www.gemcarehealthplan.com).

Si actualmente está tomando una medicina que no está en nuestro formulario o está sujeta a requisitos o límites adicionales, tal vez pueda conseguir un suministro temporal de ella. Puede contactarnos para pedir una excepción o para cambiar a una medicina alternativa que aparezca en el formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si puede conseguir un suministro temporal de la medicina o para más detalles sobre nuestra norma de transferencia de medicinas.

## **¿CÓMO PUEDO CONSEGUIR AYUDA EXTRA PARA EL COSTO DE MI PLAN DE MEDICINAS RECETADAS, O AYUDA EXTRA PARA OTROS COSTOS DE MEDICARE?**

Quizás pueda conseguir ayuda extra para pagar por las primas y el costo de sus medicinas recetadas, así

como ayuda para otros costos de Medicare. Para ver si califica para recibir ayuda extra, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana y vea [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 'Programas para personas con ingresos y recursos limitados' en la publicación Medicare & Usted.
- La Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778, o a
- La Oficina de Medicaid de su estado.

## **QUÉ PROTECCIONES TENGO EN ESTE PLAN?**

Todos los planes de Medicare Advantage concuerdan en permanecer en el programa por un año completo a la vez. Cada año los planes deciden si seguirán por otro año. Si algún Medicare Advantage Plan deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan opta por no seguir, debe enviarle a usted una carta al menos 90 días antes de que termine su cobertura. La carta explicará sus opciones para cobertura de Medicare en su zona.

Como miembro de GEMCare Medicare Plus (HMO), usted tiene el derecho de pedir una determinación de organización, que incluye el derecho de apelar si le denegamos cobertura por un artículo o servicio, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si quiere que suministremos o paguemos por un artículo o servicio que crea que debe estar cubierto. Si denegamos la cobertura del artículo o servicio que usted solicita, tiene el derecho de apelar y pedir que revisemos nuestra decisión. Puede pedirnos una determinación de cobertura expeditiva (rápida) o puede apelar si cree que esperar la decisión pudiera poner su vida o salud en grave peligro o afectar su capacidad de recobrar el máximo funcionamiento. Si su médico hace o apoya la solicitud expeditiva, nosotros tenemos que acelerar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de

presentarnos una queja si tiene algún problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red que no implique la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema implica la calidad del cuidado, también tiene el derecho de presentar una queja a la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) de su estado. Vea la Prueba de cobertura (EOC) para encontrar la información de contacto con la QIO.

Como miembro de GEMCare Medicare Plus (HMO), usted tiene el derecho de pedir una determinación de cobertura, que incluye el derecho de pedir una excepción, el derecho de apelar si denegamos cobertura por una medicina recetada, y el derecho de presentar una queja. Tiene el derecho de pedir una determinación de cobertura si quiere que cubramos una medicina de Parte D que usted cree que debe cubrirse.

Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si cree que necesita una medicina que no está en la lista de medicinas cubiertas o si cree que debe recibir una medicina no preferida con un desembolso más bajo. También puede pedir una excepción a las normas de utilización de costos, como el límite a la cantidad de una medicina. Si cree que necesita una excepción, debe llamarnos antes de que intente surtir una receta en la farmacia. Su médico debe proveer una declaración que apoye su solicitud de una excepción. Si denegamos la cobertura de su medicina(s) recetada(s), tiene el derecho de apelar y pedirnos que revisemos nuestra decisión.

Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene algún problema con nosotros o con alguna farmacia de nuestra red que no implique la cobertura de una medicina recetada. Si el problema implica la calidad del cuidado, también tiene el derecho de presentar una queja a la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) de su estado. Vea la Constancia de cobertura (EOC) para encontrar la información de contacto con la QIO.

## **¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE MANEJO DE MEDICAMENTOS (MTM)?**

Es un programa gratuito que ofrecemos. Se le pudiera invitar a participar en un programa concebido para sus necesidades medicas y medicinales específicas. Quizás decida no participar, pero se recomienda que aproveche su totalidad este servicio cubierto si se le escoge. Para más detalles llame a GEMCare Medicare Plus (HMO).

## **¿QUÉ TIPOS DE MEDICINAS CUBRE MEDICARE PARTE B?**

Algunas medicinas recetadas para pacientes ambulatorios pudieran estar cubiertas por Medicare Parte B. Entre ellas figuran las siguientes. Para más detalles llame a GEMCare Medicare Plus (HMO).

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona preparada (puede ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicinas para la osteoporosis: medicinas inyectables para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetin Alfa o Epogen®): por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (deficiencia renal permanente que requiere diálisis o transplante) y necesita esta medicina para tratar la anemia.
- Factores coagulantes para la hemofilia: factores coagulantes que usted se inyecta personalmente si tiene hemofilia.
- Medicinas inyectables: la mayoría de las medicinas inyectables que están relacionadas con el servicio del médico.
- Medicinas inmunosupresoras: para pacientes que reciben un transplante pagado por Medicare, o por un seguro privado que pagó como primario a su cobertura de Medicare Parte A, en un centro certificado por Medicare.
- Algunas medicinas orales anti-cáncer: si la misma medicina está disponible de forma inyectable.

- Medicinas orales anti-náusea: si usted está en un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- Medicinas de inhalación e infusión provistas por DME.

## ¿DÓNDE PUEDO HALLAR INFORMACIÓN SOBRE LAS EVALUACIONES DE LOS PLANES

El programa de Medicare evalúa la eficacia de los programas en diversas categorías (por ejemplo detección y prevención de enfermedades, evaluaciones de pacientes y servicio a los clientes). Si tiene acceso a Internet, puede valerse de las herramientas de [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Compare Medicare Prescription Drug Plans” o “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” para comparar las evaluaciones de los planes de Medicare en su zona. También puede llamarnos directamente para obtener una copia de las evaluaciones de este plan. Nuestro número de servicio al cliente aparece abajo.

Sírvase llamar a GEMCARE Health Plan para más detalles sobre GEMCare Medicare Plus (HMO).

Visítenos en [www.gemcarehealthplan.com](http://www.gemcarehealthplan.com) o llámenos:

Horario de servicio al cliente:

domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, 8.00 a.m. – 8.00 p.m. hora del Pacífico

Miembros y miembros en perspectiva deben llamar gratis al (877)-697-2464 si tienen preguntas sobre el programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD (888)-833-9312).

Miembros y miembros en perspectiva deben llamar localmente al (661)-716-8800 si tienen preguntas sobre el programa de Medicare Advantage. (TTY/TDD (888)-833-9312).

Miembros y miembros en perspectiva deben llamar gratis al (877)-697-2464 si tienen preguntas sobre el programa de medicinas recetadas de Medicare Parte D. (TTY/TDD (888)-833-9312).

Miembros y miembros en perspectiva deben llamar localmente al (661)-716-8800 si tienen preguntas sobre el programa de medicinas recetadas de Medicare Parte D. (TTY/TDD (888)-833-9312).

Para más información sobre Medicare, llame a Medicare 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 Internet

Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos o idiomas.

Si tiene preguntas sobre los beneficios y los costos de este plan, llame a GEMCare Health Plan para más detalles.

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### 1 Prima y otra información importante

En 2010 la prima mensual de Parte B era \$96.40 y pudiera cambiar para 2011, y el deducible anual de Parte B era \$155 y pudiera cambiar para 2011.

Si un médico o proveedor no acepta asignación, sus costos suelen ser mayores, lo que significa que usted paga más.

La mayoría de las personas pagarán la prima mensual normal de Parte B. Pero algunas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más detalles sobre las primas de Parte B basadas en ingresos, 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 Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### General

Una prima mensual del plan de \$0 además de su prima mensual de Medicare Parte B.

La mayoría de las personas pagarán la prima mensual normal de Parte B además de su prima del plan MA. Pero algunas personas pagarán una prima más alta de Parte B y Parte D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para parejas casadas). Para más detalles sobre las primas de Parte B y Parte D basadas en ingresos, 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 Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Este plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare con ningún gasto compartido.

**En la red**  
\$3,350 límite de desembolso.  
Este límite incluye solo servicios cubiertos por Medicare.

### 2 Selección de médico y hospital

(Para más detalles, vea Emergencia - #15 y Atención médica inmediata - #16.)

Puede ir con cualquier médico, especialista u hospital que acepta Medicare.

### En la red

Tiene que ir con médicos, especialistas y hospitales de la red. Se requiere un referido para hospitales y especialistas de la red (para ciertos beneficios).

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio  | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO   |
|--|--|---|
| <b>CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO</b>   |  |   |
| <b>3 Cuidado de paciente internado</b><br>(incluye servicios de abuso de sustancias y servicios de rehabilitación) | <p>En 2010, las cantidades para cada período de beneficio eran:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>días 1 - 60: \$1100 deducible</li><li>días 61 - 90: \$275 por día</li><li>días 91 -150: \$550 por cada día de reserva de por vida. Estas cantidades cambiarán para 2011.</li></ul> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para detalles sobre días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida solo pueden usarse una vez.</p> <p>Un "período de beneficio" empieza el día que entra en un hospital o centro de cuidados especializados. Termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalario o en un centro de cuidados especializados. Si se ingresa en un hospital después que ha terminado un período de beneficio, empieza uno nuevo. Usted tiene que pagar el deducible de paciente hospitalizado de cada período de beneficio. No hay límite de cuántos períodos de beneficio puede tener.</p> | <p><b>En la red</b></p> <p>El plan cubre 90 días cada período de beneficios.</p> <p>Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>días 1 - 5: \$200 copago por día</li><li>días 6 - 90: \$0 copago por día</li></ul> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe decir al plan que usted será hospitalizado.</p> |
| <b>4 Servicios de salud mental para pacientes internados</b>   | <p>Mismo deducible y copago que el cuidado para un paciente internado (vea "Cuidado de paciente internado" arriba).</p> <p>Límite de por vida de 190 en hospital psiquiátrico.</p>   | <p><b>En la red</b></p> <p>Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico durante la vida.</p> <p>Copago de \$948.48 por cada día de hospitalización cubierto por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe decir al plan que usted será hospitalizado.</p>   |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio  | Medicare Original   | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|--|---|--|
| <b>CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continuado)</b>  |   |  |
| <p><b>5 Centro de cuidados especializado (SNF)</b><br/>(en un centro de cuidados especializados certificado por Medicare)</p>  | <p>En 2010 las cantidades para cada período de beneficio tras al menos 3 días de hospitalización cubiertos eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• días 1 - 20: \$0 por día</li> <li>• días 21 - 100: \$137.50 por día</li> </ul> <p>Estas cantidades cambiarán para 2011.</p> <p>Un "período de beneficio" empieza el día que entra en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalario o en un centro de cuidados especializados. Si se ingresa en un hospital después que ha terminado un período de beneficio, empieza uno nuevo. Usted tiene que pagar el deducible de paciente internado de cada período de beneficio. No hay límite de cuántos períodos de beneficio puede tener.</p> | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio</p> <p>No se requiere estadía hospitalaria previa.</p> <p>Para estadías en SNF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• días 1 - 14: \$0 copago por día</li> <li>• días 15 - 100: \$75 copago por día</li> </ul> |
| <p><b>6 Asistencia de la salud en el hogar</b><br/>(incluye cuidado especializado intermitente, asistencia de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación médicamente necesarios, etc.)</p> | <p>\$0 copago.</p>  | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$0 por cada visita de servicio de la salud en el hogar cubierta por Medicare.</p>  |
| <p><b>7 Hospicio</b></p>   | <p>Usted paga parte del costo de medicinas para pacientes ambulatorios y cuidado de relevo de pacientes internados.</p> <p>Debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>   | <p><b>General</b><br/>Debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>   |

Sírvase llamar a GEMCare Health Plan al (877) 697-2464 para más información sobre este plan.

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

### CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO

|                                       |              |  |
|---------------------------------------|--------------|--|
| <b>8 Visitas a oficina del médico</b> | 20% coseguro | <p><b>General</b><br/>Para más información vea “Bienvenido a Medicare; y Visitas anuales de bienestar”</p> <p>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$5 por cada visita a médico de atención primaria por beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$10 por cada visita por atención inmediata en la zona cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita a especialista por beneficios cubiertos por Medicare</p> |
|---------------------------------------|--------------|--|

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>9 Servicios de quiropráctico</b> | <p>Cuidado rutinario no cubierto</p> <p>Coseguro del 20% por manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (desplazamiento y desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si lo recibe de un quiropráctico u otros proveedores capacitados.</p> | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por hasta 12 visitas rutinarias cada año</p> <p>Visitas al quiropráctico (cubiertas por Medicare) para manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si lo recibe de un quiropráctico u otros proveedores capacitados.</p> |
|-------------------------------------|---|--|

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio   | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO   |
|---|--|---|
| <b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continuado)</b>               |  |   |
| <b>10 Servicios de podología</b>                                  | Cuidado rutinario no cubierto.<br>20% coseguro por cuidado –médicamente necesario- de los pies, incluso cuidado de condiciones médicas que afectan los miembros inferiores.  | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare.<br/>Copago de \$10 por hasta 12 visitas rutinarias cada año<br/>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado de los pies que es médicamente necesario.</p> |
| <b>11 Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>   | 45% coseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.   | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$30 por cada visita de terapia individual o en grupo cubierta por Medicare.</p>   |
| <b>12 Cuidado de paciente ambulatorio por abuso de sustancias</b> | 20% coseguro   | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$30 por cada visita de terapia individual o en grupo cubierta por Medicare.</p>   |
| <b>13 Servicios y cirugía ambulatorios</b>                        | 20% coseguro para el médico<br>Copago específico por cargos de centro de pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible de Parte A del centro de pacientes internados<br>20% coseguro por cargos de centro de cirugía ambulatoria | <p><b>General</b><br/>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>En la red</b><br/>Copago de \$100 por cada visita, cubierta por Medicare, a centros de cirugía ambulatoria.<br/>Copago de \$100 por cada visita, cubierta por Medicare, a un centro de pacientes ambulatorios.</p>   |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio   | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|---|--|--|
| <b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continuado)</b>   |  |  |
| <b>14 Servicios de ambulancia</b><br>(servicios de ambulancia médicamente necesarios)   | 20% coseguro   | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$175 copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.<br>Si es admitido al hospital, usted paga \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. |
| <b>15 Cuidado de emergencia</b><br>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si razonablemente cree que necesita atención de emergencia). | 20% coseguro para el médico.<br>Copago específico por cargos de sala de emergencias (ER) en centro para pacientes ambulatorios.<br>El copago por ER no puede exceder el deducible de Parte A del centro de pacientes internados.<br>No tiene que pagar el copago por la sala de emergencias si se le ingresa en el hospital por la misma condición dentro de 3 días desde la visita a la sala de emergencias.<br>NO se cubre fuera de E.U.A., excepto en limitadas circunstancias. | <b>General</b><br>\$50 copago por visitas, cubiertas por Medicare, a la sala de emergencias.<br>Cobertura mundial.<br>Si se le ingresa en el hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.  |
| <b>16 Atención médica inmediata</b><br>(NO es cuidado de emergencia, y en la mayoría de los casos ocurre fuera de la zona de servicio.)   | 20% coseguro, o un copago fijo.<br>NO se cubre fuera de E.U.A., excepto en limitadas circunstancias.   | <b>General</b><br>\$10 copago por visitas por atención médica inmediata cubiertas por Medicare.  |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio   | Medicare Original   | GEMCare Medicare Plus HMO   |
|---|---|---|
| <b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continuado)</b>   |   |   |
| <b>17 Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b><br>(Terapia ocupacional, física, del habla y de idioma, servicios de terapia respiratoria, servicios sociales/psicológicos, etc.)   | 20% coseguro  | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$10 copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.<br>\$10 copago por visitas, cubiertas por Medicare, de terapia física/habla/idioma.<br>\$0 copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. |
| <b>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA EL PACIENTE AMBULATORIO</b>   |   |   |
| <b>18 Equipo médico durable</b><br>(incluye sillas de rueda, oxígeno, etc.)   | 20% coseguro  | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>20% del costo de artículos cubiertos por Medicare.  |
| <b>19 Aparatos de prótesis</b><br>(incluye aparatos ortopédicos, extremidades, ojos, etc., artificiales)  | 20% coseguro  | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>20% del costo de artículos cubiertos por Medicare   |
| <b>20 Preparación en autocontrol de diabetes, terapia de nutrición y suministros</b><br>(incluye cobertura de monitor de glucosa, tiras reactivas para glucosa, lancetas, exámenes de detección y preparación en autocontrol, examen de retina/examen de glaucoma/examen de los pies/calzado terapéutico) | 20% coseguro<br>Terapia de nutrición es para personas con diabetes o deficiencia renal (pero que no reciben diálisis y no han tenido un transplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Tales servicios pueden ser administrados por un dietista certificado o pueden incluir asesoramiento nutritivo para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal. | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por preparación en autocontrol de diabetes.<br>\$0 copago por terapia de nutrición por diabetes.<br>\$0 copago por suministros de diabetes.  |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio  | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO   |
|--|--|---|
| <b>SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA EL PACIENTE AMBULATORIO (continuado)</b>       |  |   |
| <b>21 Pruebas de diagnóstico,</b><br>rayos-X, servicios de laboratorio y de radiología | 20% coseguro por pruebas de diagnóstico y rayos-X<br>\$0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare<br>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio, médicamente necesarios, que su médico ordena cuando los provee un laboratorio certificado de Reformas sobre el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos (CLIA) que participa en Medicare. Tales servicios son para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad que sospechaba. Medicare no cubre la mayoría de exámenes de detección, como examinar el colesterol. | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por servicios de laboratorio, diagnósticos y exámenes cubiertos por Medicare.<br>0% del costo por rayos-X cubiertos por Medicare.<br>0% del costo por servicios de diagnóstico y radiología cubiertos por Medicare (no incluye rayos-X).<br>20% del costo por servicios terapéuticos de radiología cubiertos por Medicare. |

### SERVICIOS DE PREVENCIÓN

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>22 Densitometría ósea</b><br>(para persona con Medicare que están en riesgo)   | Ningún coseguro, copago ni deducible<br>Cubierto una vez cada 24 meses (más seguido si es médicamente necesario) si usted satisface ciertas condiciones médicas.                | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por densitometría ósea cubierta por Medicare   |
| <b>23 Examen colorrectal</b><br>(para personas con Medicare y de 50 años o más)   | Ningún coseguro, copago o deducible por una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible.<br>Cubierto cuando usted está en alto riesgo o cuando tiene 50 años o más.                  | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por exámenes colorrectales cubiertos por Medicare  |
| <b>24 Vacunaciones</b><br>(vacuna antigripal, contra la hepatitis B – para personas con Medicare y en riesgo, vacuna contra neumonía) | \$0 copago por vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B.<br>Tal vez necesite la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Llame a su médico para más detalles. | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por vacunas contra la gripe y la neumonía.<br>No se requiere un referido para vacunas contra la gripe y la neumonía.<br>\$0 copago por vacuna contra la hepatitis B. |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio  | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|--|--|--|
| <b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)</b>  |  |  |
| <b>25 Mamografías</b><br>(examen anual)<br>(para mujeres con Medicare y de 40 años o más)              | Ningún coseguro, copago ni deducible.<br>No se requiere un referido.<br>Cubierto una vez al año para mujeres con Medicare y de 40 años o más.<br>Un examen de rutina se cubre para mujeres con Medicare y entre 35 y 39 años de edad.  | <b>En la red</b><br>\$0 copago por mamografías cubiertas por Medicare.   |
| <b>26 Pruebas de papanicolao (PAP) y exámenes pélvicos</b><br>(para mujeres con Medicare)              | Ningún coseguro, copago ni deducible por pruebas de papanicolao.<br>Ningún coseguro, copago ni deducible por exámenes pélvicos y exámenes clínicos de los senos.<br>Cubierto una vez cada 2 años.<br>Cubierto una vez al año para mujeres con Medicare y en alto riesgo.   | <b>En la red</b><br>\$0 copago por PAP y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare  |
| <b>27 Pruebas de detección de cáncer de próstata</b><br>(para hombres con Medicare y de 50 años o más) | 20% coseguro por examen digital del recto.<br>\$0 por prueba de PSA; 20% coseguro por otros servicios relacionados.<br>Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare y de más de 50 años.  | <b>En la red</b><br>\$0 copago por prueba de detección de cáncer de próstata y cubierto por Medicare.  |
| <b>28 Enfermedad renal en etapa terminal</b>   | 20% coseguro para diálisis renal<br>20% coseguro para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.<br>Terapia de nutrición es para personas con diabetes o enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Tales servicios pueden ser administrados por un dietista certificado o pueden incluir asesoramiento nutricional para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal. | <b>General</b><br>Las reglas de autorización pueden aplicar.<br><b>En la red</b><br>\$0 copago por la diálisis renal<br>\$0 copago por terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal. |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio                                   | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|---|--|--|
| <b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)</b> |  |  |
| <b>29 Medicinas recetadas</b>               | <p>La mayoría de las medicinas no están cubiertas por Medicare Original. Puede añadir una cobertura de medicinas recetadas al Medicare Original al unirse a un plan de medicinas recetadas de Medicare, o puede recibir toda su cobertura de Medicare, incluso cobertura de medicinas recetadas, al unirse a Medicare Advantage Plan o a un Medicare Cost Plan que ofrece cobertura de medicinas recetadas</p> | <p><b>Medicinas cubiertas bajo Medicare Parte B</b></p> <p><b>General</b></p> <p>20% del costo de medicinas de quimioterapia cubiertas por Parte B y otras medicinas cubiertas por Parte B.</p> <p>Medicinas cubiertas bajo Medicare Parte D</p> <p><b>General</b></p> <p>Este plan usa un formulario. El plan le enviará a usted el formulario. También puede verlo en <a href="http://www.gemcarehealthplan.com">www.gemcarehealthplan.com</a> en Internet.</p> <p>Diferentes desembolsos pudieran aplicar a personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tienen ingresos limitados,</li> <li>- viven en centros de cuidado prolongado, o que</li> <li>- tienen acceso a servicio indígena/tribal/urbano (Servicio de Salud Indígena).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura de recetas en una red nacional (i.e., incluye 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo costo compartido por sus medicinas recetadas si las consigue en una farmacia de la red fuera de la zona de servicio del plan (como cuando viaja).</p> <p>El total del costo anual de medicinas es el total que pagan usted y el plan.</p> <p>El plan tal vez requiera que primero pruebe una medicina para su condición antes de cubrir otra para esa condición.</p> <p>Algunas medicinas tienen límite de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe tener autorización previa de GEMCare Medicare Plus (HMO) para ciertas medicinas.</p> <p>El plan pagará por ciertas medicinas sin receta como parte de su programa de utilización. Algunas medicinas sin receta son menos caras que las recetadas y son tan buenas como estas. Contacte al plan para más detalles.</p> <p>Tiene que ir a ciertas farmacias para conseguir una cantidad de medicinas muy limitada, debido a manejo especial, la coordinación de proveedores o requisitos de educación de pacientes que no pueden satisfacer la mayoría de las farmacias de su red.</p> <p>Estas medicinas se alistan en el sitio de Internet, el</p> |

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

**Beneficio**

**Medicare Original**

**GEMCare Medicare Plus HMO**

## SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

### **Medicinas recetadas (continuado)**

formulario y los materiales impresos del plan, así como en el Medicare Prescription Drug Plan Finder en Medicare.gov.

Si el costo real de una medicina es menos que el costo compartido por esa medicina, usted pagará el costo real, no el costo compartido que es mayor.

Usted paga \$0 la primera vez que surte una receta para ciertas medicinas. Estas se alistan como "free first fill" en el sitio de Internet, el formulario, los materiales impresos del plan y en el Medicare Prescription Drug Plan Finder en Medicare.gov.

Si usted pide una excepción del formulario para una medicina, y GEMCare Medicare Plus (HMO) la aprueba, usted pagará el Nivel 4: un costo compartido de medicinas de marca no preferidas por esa medicina.

### **En la red**

\$0 deducible.

### **Cobertura inicial**

Usted paga lo siguiente hasta que el costo anual llegue a \$2,840:

### ***Farmacia tradicional***

#### **Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas**

- \$4 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- \$12 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

#### **Nivel 2: Medicinas genéricas**

- \$12 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- \$36 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio                                   | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|---|-------------------|---------------------------|
| <b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)</b> |                   |                           |

## Medicinas recetadas (continuado)

### Nivel 3: Medicinas genéricas no preferidas y medicinas de marca preferidas

- \$35 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- \$105 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

### Nivel 4: Medicinas de marca no preferidas

- \$75 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- \$225 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

### Nivel 5: Medicinas inyectables

- 33% coseguro por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- 33% coseguro por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

### Nivel 6: Nivel de medicinas especializadas

- 33% coseguro por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel
- 33% coseguro por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

## *Farmacia de cuidado a largo plazo*

### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$4 copago por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

### SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

#### Medicinas recetadas (continuado)

##### Nivel 2: Medicinas genéricas

- \$12 copago por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

##### Nivel 3: Medicinas genéricas no preferidas y medicinas de marca preferidas

- \$35 copago por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

##### Nivel 4: Medicinas de marca no preferidas

- \$75 copago por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

##### Nivel 5: Medicinas inyectables

- 33% coseguro por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

##### Nivel 6: Nivel de medicinas especializadas

- 33% coseguro por suministro de un mes (31-días) de medicinas de este nivel

#### *Pedido por correo*

##### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$12 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

##### Nivel 2: Medicinas genéricas

- \$36 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

##### Nivel 3: Medicinas genéricas no preferidas y medicinas de marca preferidas

- \$105 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

Beneficio

Medicare Original

GEMCare Medicare Plus HMO

## SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

### Medicinas recetadas (continuado)

#### Nivel 4: Medicinas de marca no preferidas

- \$225 copago por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

#### Nivel 5: Medicinas inyectables

- 33% coseguro por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

#### Nivel 6: Nivel de medicinas especializadas

- 33% coseguro por suministro de tres meses (90-días) de medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

Brecha en la cobertura adicional

El plan cubre algunas genéricas del formulario (10%-64% de medicinas genéricas del formulario) mediante la brecha en la cobertura.

Usted paga lo siguiente:

### *Farmacia tradicional*

#### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$4 copago por suministro de un mes (30-días) de todas las medicinas de este nivel
- \$12 copago por suministro de tres meses (90-días) de todas las medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

### *Farmacia de cuidado a largo plazo*

#### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$4 copago por suministro de un mes (31-días) de todas las medicinas de este nivel

# RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

Beneficio

Medicare Original

GEMCare Medicare Plus HMO

## SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

### Medicinas recetadas (continuado)

#### *Pedido por correo*

#### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$12 copago por suministro de tres meses (90-días) de todas las medicinas de este nivel

No todas las medicinas de este nivel están disponibles en este suministro de días extendidos. Contacte al plan para más detalles.

Cuando el costo total anual por sus medicinas llegue a \$2,840, el plan le proveerá una cobertura limitada para ciertas medicinas. También recibirá un descuento por medicinas de marca y generalmente no pagará más del 93% del costo del plan por medicinas genéricas hasta que el costo anual de su propio bolsillo por medicinas llegue a \$4,550.

#### *Cobertura catastrófica*

Cuando el costo anual de su propio bolsillo por medicinas llegue a \$4,550, usted pagará lo que sea mayor:

- \$2.50 copago por genéricas (incluso medicinas de marca que se tratan como genéricas) y un copago de \$6.30 por todas las demás medicinas, o
- 5% coseguro.

#### *Fuera de la red*

Las medicinas del plan pueden cubrirse en circunstancias especiales, como por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera de la zona de servicio del plan donde no hay ninguna farmacia de la red. Tal vez tenga que pagar más de su costo compartido normal si consigue sus medicinas en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tenga que pagar el precio total que la farmacia cobra por la medicina y luego someter la documentación para que lo reembolse GEMCare Medicare Plus (HMO).

#### **Cobertura inicial fuera de la red**

Se le reembolsará hasta el costo completo de la

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

### SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

#### Medicinas recetadas (continuado)

medicina menos lo siguiente para medicinas compradas fuera de la red hasta que el costo total anual por medicinas ascienda a \$2,840:

#### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

\$4 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

#### Nivel 2: Medicinas genéricas

\$12 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

#### Nivel 3: Medicinas genéricas no preferidas y medicinas de marca preferidas

\$35 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

#### Nivel 4: Medicinas de marca no preferidas

\$75 copago por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

#### Nivel 5: Medicinas inyectables

33% coseguro por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

#### Nivel 6: Nivel de medicinas especializadas

33% coseguro por suministro de un mes (30-días) de medicinas de este nivel

A usted no se le reembolsará por la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y el costo permitido dentro de la red del plan.

#### *Brecha en la cobertura adicional fuera de la red*

Se le reembolsará hasta el costo completo de estas medicinas que compre fuera de la red menos lo siguiente:

#### Nivel 1: Medicinas genéricas preferidas

- \$4 copago por suministro de un mes (30-días) de todas las medicinas de este nivel

#### Nivel 2: Medicinas genéricas

Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido por el plan por medicinas genéricas que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

Se le reembolsará hasta el precio de descuento por medicinas de marca que compre fuera de la red hasta

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

### SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)

#### Medicinas recetadas (continuado)

que el costo total anual llegue a \$4,550.

#### Nivel 3: Medicinas genéricas no preferidas y medicinas de marca preferidas

Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido por el plan por medicinas genéricas que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

Se le reembolsará hasta el precio de descuento por medicinas de marca que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

#### Nivel 4: Medicinas de marca no preferidas

Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido por el plan por medicinas genéricas que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

Se le reembolsará hasta el precio de descuento por medicinas de marca que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

#### Nivel 5: Medicinas inyectables

Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido por el plan por medicinas genéricas que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

Se le reembolsará hasta el precio de descuento por medicinas de marca que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

#### Nivel 6: Nivel de medicinas especializadas

Se le reembolsará hasta el 7% del costo permitido por el plan por medicinas genéricas que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

Se le reembolsará hasta el precio de descuento por medicinas de marca que compre fuera de la red hasta que el costo total anual llegue a \$4,550.

A usted no se le reembolsará por la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y el costo permitido dentro de la red del plan.

Cuando el costo anual de su propio bolsillo por medicinas llegue a \$4,550, se le reembolsará por las medicinas que compre fuera de la red hasta el costo completo de la medicina menos su costo compartido, lo que sea mayor de:

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio | Medicare Original | GEMCare Medicare Plus HMO |
|-----------|-------------------|---------------------------|
|-----------|-------------------|---------------------------|

**SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)**

**Medicinas recetadas (continuado)**

- \$ 2.50 copago por genéricas (incluso medicinas de marca que se tratan como genéricas) y un copago de \$6.30 por todas las demás medicinas, o
- 5% coseguro.

A usted no se le reembolsará por la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y el costo permitido dentro de la red del plan.

**Cobertura catastrófica fuera de la red**

Cuando el costo anual de su propio bolsillo por medicinas llegue a \$4,550, se le reembolsará por las medicinas que compre fuera de la red hasta el costo completo de la medicina menos su costo compartido, lo que sea mayor de:

- \$ 2.50 copago por genéricas (incluso medicinas de marca que se tratan como genéricas) y un copago de \$6.30 por todas las demás medicinas, o
- 5% coseguro.

A usted no se le reembolsará por la diferencia entre el precio de la farmacia fuera de la red y el costo permitido dentro de la red del plan.

**30 Servicios dentales**

No se cubren los servicios dentales preventivos (como la limpieza).

**En la red**

\$0 copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare.

Por lo general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como la limpieza).

**32 Servicios de la vista**

20% coseguro por diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo.

Exámenes rutinarios de los ojos y anteojos no cubiertos.

Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas.

Se cubren exámenes anuales de glaucoma para personas en riesgo.

**General**

Las reglas de autorización pueden aplicar.

**En la red**

\$0 copago por

- un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas
- hasta 1 par de anteojos cada dos años
- hasta un par de lentes de contacto cada dos años
- \$0 a \$10 copago por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos
- \$20 copago por exámenes rutinarios de los ojos

Límite de cobertura del plan de \$75 por anteojos o lentes de contacto cada dos años.

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio  | Medicare Original   | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|--|---|--|
| <b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)</b>                  |   |  |
| <b>33 Bienvenido a Medicare; y visita anual de bienestar</b> | <p>Cuando se une a Medicare Parte B, usted es elegible para lo siguiente:</p> <p>Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B, puede conseguir un examen de Bienvenido a Medicare o una Visita anual de Bienestar.</p> <p>Después de sus primeros 12 meses, puede recibir una Visita anual de Bienestar cada 12 meses.</p> <p>No hay ningún coseguro, copago o deducible para el examen de Bienvenido a Medicare ni para la Visita anual de Bienestar.</p> <p>El examen de Bienvenido a Medicare no incluye exámenes de laboratorio.</p> | <p><b>En la red</b></p> <p>\$0 copago por exámenes rutinarios.</p> <p>Limitado a un examen cada año.</p> <p>\$0 copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>   |
| <b>34 Educación de salud/bienestar</b>                       | <p>Dejar de fumar: cubierto si lo ordena su médico. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses si se le diagnostica con una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si está tomando una medicina que pudiera ser afectada por el tabaco. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Usted paga coseguro, y el deducible de Parte B es aplicable.</p>  | <p><b>En la red</b></p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios educativos sobre la salud y el bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información escrita sobre la salud, incluso boletines</li> </ul> <p>\$0 copago por cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada prueba de detección de SIDA cubierta por Medicare.</p> <p>La prueba de detección de SIDA está cubierta para personas con Medicare que están encinta y para personas con mayor riesgo de contraer la infección, incluso cualquiera que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo.</p> |

## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CONTRATO H5609, PLAN 001

| Beneficio   | Medicare Original  | GEMCare Medicare Plus HMO  |
|---|--|--|
| <b>SERVICIOS DE PREVENCIÓN (continuado)</b>         |  |  |
| <b>34 Educación de salud/bienestar (continuado)</b> | <p>\$0 copago por la prueba de detección de SIDA, pero usted generalmente paga un 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita al médico. La prueba de detección de SIDA está cubierta para personas con Medicare que están encinta y para personas con mayor riesgo de contraer la infección, incluso cualquiera que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un embarazo</p> |  |
| <b>Transporte</b>                                   | No cubierto  | <p><b>En la red</b><br/>Este plan no cubre transporte rutinario.</p> |
| <b>Acupuntura</b>                                   | No cubierto  | <p><b>En la red</b><br/>Este plan no cubre acupuntura.</p>           |

## Sección 3

Esta porción del resumen de beneficios da más detalles sobre cómo funcionarán los asuntos rutinarios (no cubiertos bajo Medicare original). Si tiene otras preguntas, debe contactar a servicios a los miembros de GEMCare Health Plan al 1-877-697-2464 (gratis), 661-716-8800 (local) ó 1-888-833-9312 (TTY).

### **BENEFICIOS QUIROPRÁCTICOS:**

GEMCare Medicare Plus (HMO) ofrece un beneficio quiropráctico rutinario. Este beneficio es en adición a los beneficios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Si quiere una lista de proveedores de quiropráctica rutinaria, vea el directorio de proveedores.

#### **Qué es atención quiropráctica médicamente necesaria?**

Servicios quiroprácticos médicamente necesarios son servicios o suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica, satisfacen las normas de la buena práctica médica y no son para la conveniencia de usted ni de su médico. Los servicios quiroprácticos médicamente necesarios son referidos por su médico de atención primaria al grupo médico para recibir autorización.

#### **¿Qué es “cuidado quiropráctico rutinario?”**

El cuidado quiropráctico rutinario es para servicios que no son médicamente necesarios para tratar una condición o un problema clínico. Se proveen si el paciente los solicita y no son referidos por un médico de atención primaria ni un especialista.

#### **¿Qué se cubre bajo “cuidado quiropráctico rutinario?”**

Se cubren doce (12) visitas rutinarias por cada año calendario. Hay un copago de \$10 por cada visita rutinaria.

#### **¿Cómo se tiene acceso al “cuidado quiropráctico rutinario?”**

GEMCare Health Plan contrata a una red de quiroprácticos para dar servicios “rutinarios”. No se requiere la autorización del grupo médico para recibir cuidado quiropráctico rutinario.

#### **Qué no se cubre bajo el “cuidado quiropráctico rutinario?”**

Los siguientes servicios no se cubren bajo el beneficio quiropráctico rutinario, pero pudiera ser cubierto bajo sus beneficios médicos con un referido de su médico de atención primaria:

1. Servicios quiroprácticos médicamente necesarios;
2. Cualquier tratamiento para una condición que se considera médicamente necesaria, que haya surgido debido a una herida laboral, o cubierta por seguro médico o seguro contra terceros;
3. Rayos-X rutinarios; y
4. Pruebas de detección y diagnóstico, MRI, CT scan (tomografías) u otros exámenes.

#### **¿Qué servicios nunca se cubren bajo el “cuidado quiropráctico rutinario?”**

1. Termografía;
2. Acupuntura;
3. Servicios relacionados con cualquier clase de rehabilitación;
4. Hipnoterapia, asesoramiento sobre el comportamiento, terapia para dormir, programas para adelgazar, programas educativos, autoayuda no-médica, programas para cuidar de su salud, o programas de ejercicio;
5. Acondicionadores de aire, purificadores del aire, colchones terapéuticos, cualquier aparato terapéutico;
6. Vitaminas, minerales, suplementos o productos similares; y
7. Anestesia, manipulación bajo anestesia, hospitalización u otros servicios relacionados.

## BENEFICIOS DE PODOLOGÍA:

GEMCare Medicare Plus (HMO) ofrece un beneficio de podología rutinario. Es un beneficio adicional a los beneficios de podología cubiertos por Medicare..

### ¿Qué es “cuidado rutinario de los pies?”

Se define como cualquier tratamiento de callos, recorte de uñas, verrugas y el cuidado higiénico de los pies. Estos servicios no son cubiertos normalmente por Medicare. GEMCare Health Plan ofrece este cuidado a pacientes con condiciones médicas específicas a fin de que nuestros miembros no terminen discapacitados y sufran incomodidad.

### ¿Hay límites al “cuidado rutinario de los pies?”

Está limitado a los miembros con las condiciones específicas descrito abajo. Se permite un máximo de 12 visitas para atenderse los pies por año calendario. Hay un copago de \$10 por cada visita.

### ¿Cómo se tiene acceso al “cuidado rutinario de los pies?”

El cuidado rutinario de los pies para los miembros con condiciones específicas lo coordina su médico de atención primaria (PCP) y se encarga de que reciba dicho cuidado. Si su PCP no realiza los servicios rutinarios, se tiene que hacer un referido para que usted reciba los servicios bajo este beneficio.

### ¿Cómo sé si el “cuidado rutinario de los pies” para condiciones específicas me aplica a mí?

Un referido a un podólogo para recibir atención “rutinaria” en los pies se permite solo si usted tiene una o más de las siguientes condiciones y si está documentado en su registro médico:

1. Neuropatía en las piernas, lo que causa entumecimiento de las piernas, hormigueo, falta de sensación, o dolor en los pies;
2. Enfermedades vasculares en las piernas que causan bloqueo por mala circulación y suministro deficiente de sangre en las piernas y los pies;
3. Diabetes documentado;
4. Mala circulación (flebitis grave) con episodios de dolor en las piernas, hinchazón e inflamación;

5. Úlceras, heridas o infecciones en los pies que tardan en sanar; y
6. Cualquier otro problema que le impide cuidar de sus pies (como artritis paralizante, o ceguera). Esto permite que se provean los servicios a los miembros que no pueden dar cuidado rutinario a sus pies.

### ¿Qué hay si las condiciones mencionadas arriba no me aplican a mí?

Todas las demás condiciones y problemas de los pies que no se consideran rutinarios, sino necesarios, deben referirse a podología por medio de su médico de atención primaria como un servicio “medicamento necesario”. Esto significa que la condición exige diagnóstico y tratamiento por un especialista, satisface las normas de la buena práctica médica y no es para la conveniencia de usted ni de su médico.



GEMCare Medicare Plus HMO

4550 California Avenue, Suite 100 • Bakersfield, CA 93309  
(661) 716-8800 • Toll-Free (877) 697-2464 • TTY/TDD (888) 833-9312

[www.gemcarehealthplan.com](http://www.gemcarehealthplan.com)