

CLEAR CARE PPO

RESUMEN DE PRESTACIONES

Group Health Options Clear Care® Prestige (PPO)
Group Health Options Clear Care® Elite (PPO)

FECHA DE VIGENCIA DE PRESTACIONES:

1° DE ENERO DE 2012 – 31 DE DICIEMBRE DE 2012

H2810

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1° de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012

TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

Le agradecemos su interés en los programas Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO). Nuestro plan es ofrecido por GROUP HEALTH OPTIONS/Group Health Options, Inc., una organización de proveedores preferidos Medicare Advantage (PPO, por sus siglas en inglés). Este resumen de prestaciones le describe algunas de las características de nuestro(s) plan(es) y no incluye cada servicio de cobertura ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de nuestras prestaciones, sírvase llamar a Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO) y pregunte por: "Evidencia de cobertura".

USTED TIENE OPCIONES EN LA ATENCIÓN DE SU SALUD

Como un beneficiario de Medicare, puede elegir entre varias opciones diferentes. Una opción es el plan Medicare Original (cuota por servicio). Otra opción es el plan de salud de Medicare como Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) o Group Health Options Clear Care Elite (PPO). También existen otras opciones. Usted es quien elige y sin importar cual sea su decisión, usted continúa estando suscrito en el programa Medicare.

Solamente en ciertos momentos puede unirse o abandonar un plan. Para mayor información sírvase llamar a Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y a Group Health Options Clear Care Elite (PPO) al número telefónico que se encuentra al final de esta introducción o 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 las 24 horas del día, 7 días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COPARAR MIS OPCIONES?

Puede comparar los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) y *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) con el plan *Medicare Original* usando este resumen de prestaciones. Las tablas en este folleto mencionan algunas prestaciones importantes de salud. Para cada prestación, podrá ver lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todas las prestaciones que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos prestaciones adicionales que pueden cambiar de año a año.

¿DÓNDE SE ENCUENTRAN DISPONIBLES LOS PLANES GROUP HEALTH OPTIONS CLEAR CARE PRESTIGE (PPO) Y GROUP HEALTH OPTIONS CLEAR CARE ELITE (PPO)?

Las áreas de servicio para estos planes incluyen los siguientes condados del estado de Washington: Benton, Clallam* (98382, 98362, 98368, 98363), Franklin, Jefferson* (98339, 98325, 98358) y Yakima. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en uno de estos planes.

*indica parte del condado

En este resumen de prestaciones hay más de un plan. Si usted está inscrito en el plan y desea cambiarse a otro solo lo puede hacer durante ciertas épocas del año. Para mayor información sírvase llamar al Servicio al cliente.

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1º de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012

TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

¿QUIÉNES SE PUEDEN INSCRIBIR EN LOS PLANES GROUP HEALTH OPTIONS CLEAR CARE PRESTIGE (PPO) O GROUP HALTH OPTIONS CLEAR CARE ELITE (PPO)?

Usted puede inscribirse en un plan *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) si tiene derecho a recibir Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B y vive dentro del área de servicio. Sin embargo, las personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal por lo general no son elegibles para inscribirse en *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO), a menos de que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde la fecha en la cual comenzó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER MIS MÉDICOS?

Los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) y *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) han formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede usar cualquier médico que sea parte de nuestra red. También puede usar cualquier médico fuera de nuestra red. Los proveedores de salud que son parte de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Usted puede pedir un directorio actualizado de proveedores o puede visitar el sitio <http://www.ghc.org/provider/index.jhtml> para ver una lista actualizada. El número telefónico para nuestro Servicio al cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿QUÉ SUCEDE SI VOY A UN MÉDICO QUEN NO ESTÉ EN SU RED?

Usted puede consultar con médicos, especialistas u hospitales dentro o fuera de nuestra red. Pueda que tenga que pagar más por los servicios recibidos fuera de red y tenga que seguir normas especiales antes de recibir los servicios de dentro y/o fuera de red. Para mayor información por favor sírvase llamar al número de Servicio al cliente al final de esta introducción.

¿DÓNDE PUEDO ABASTECER MIS RECETAS SI ME UNO A ESTE PLAN?

Los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) y *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) han formado una red de farmacias. Usted deberá usar una farmacia de la red para recibir las prestaciones del plan. Con ciertas excepciones es posible que no paguemos por sus recetas si usa una farmacia que esté fuera de la red. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio actualizado de farmacias o visitar nuestro sitio www.ghc.org. El número telefónico de nuestro Servicio al cliente lo encontrará al final de esta introducción.

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

Los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) y *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) tienen cobertura para medicamentos recetados de Medicare Parte B y Medicare Parte D.

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1° de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012
TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

¿A QUÉ SE REFIERE CON LISTA DE MEDICAMENTOS APROBADOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS?

Los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) y *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO) usan una lista de medicamentos aprobados. Ésta es una lista de medicamentos bajo cobertura del plan para satisfacer las necesidades del paciente. Periódicamente agregamos, retiramos o cambiamos las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiamos la cantidad que usted paga por cada medicamento. Si hacemos cualquier cambio en la lista de medicamentos aprobados que limite la habilidad de nuestros afiliados de poder abastecer sus recetas, notificaremos a los inscritos afectados antes de hacer el cambio. Le enviaremos una lista de medicamentos aprobados y usted puede ver la lista completa en nuestro sitio web: www.ghc.org/health_plans/index.jhtml?repositid=/common/healthPlans/Medicare/aboutPartDFormulary.html.

Si actualmente usted está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestra lista o está sujeto a requisitos adicionales o límites, usted podría obtener un abastecimiento temporal del medicamento. Puede contactarse con nosotros para pedir una excepción o con ayuda de su médico cambiarse a un medicamento alternativo que se encuentra en la lista. Llámenos por teléfono para ver si puede obtener un abastecimiento temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestras normas sobre transición de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS O MÁS AYUDA CON OTROS COSTOS MEDICARE?

Usted puede obtener ayuda adicional para pagar por las primas y costos de sus medicamentos recetados así como también otros costos Medicare. Para saber si usted está calificado para obtener ayuda adicional, llame al:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, los usuarios TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar a este número las 24 horas del día, 7 días a la semana; visite www.medicare.gov en la sección 'Programas para personas con ingresos limitados' en la publicación Medicare & You (Medicare y Usted).
- Llame a la Oficina de administración de seguro social al **1-800-772-1213** entre 7 a.m. y 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben de llamar al **1-800-325-0778**; o
- Llame a su oficina estatal de Medicaid.

¿CUÁLES SON MIS PROTECCIONES EN ESTOS PLANES?

Todos los planes Medicare Advantage formarán parte del programa durante un año completo. Las prestaciones y el costo compartido del plan podrán cambiar cada año calendario. Cada año los planes podrán decidir continuar participando con Medicare Advantage. Un plan podrá continuar en su área de servicio (área geográfica donde el plan acepta afiliados) o solamente en ciertas áreas. Del mismo modo Medicare puede decidir cesar el contrato con un plan. Incluso si un plan Medicare Advantage deja de formar parte del programa, usted no perderá cobertura Medicare. Si un plan cesara por un año adicional, usted deberá recibir una carta con por lo menos 90 días de anticipación a la cesación de su cobertura. La carta incluirá explicaciones sobre sus opciones para la cobertura Medicare en su área.

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1° de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012
TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

Como miembro de un plan *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o de *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de la organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos cobertura de un artículo o servicio y tiene derecho a presentar una queja formal. Si usted desea que le proporcionemos o paguemos por un artículo o servicio el cual usted cree debe ser incluido en la cobertura, tiene derecho a solicitar una determinación de la organización. Si negamos la cobertura para dicho artículo o servicio solicitado, tiene el derecho de apelar y pedirnos una revisión de nuestra decisión. Puede pedirnos una determinación o apelación agilizada (rápida) de cobertura si cree que el esperar por dicha decisión podría seriamente poner su salud o vida en riesgo o afectar su habilidad de volver a adquirir función máxima. Si su médico presenta o apoya la solicitud, debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentarnos una queja formal si tiene cualquier tipo de problema con nuestro personal o con uno de nuestros proveedores de red que no incluye cobertura para un artículo o servicio. Si su problema incluye la calidad de atención, también tiene derecho a presentar una queja formal con la organización Quality Improvement (QIO, por sus siglas en inglés) en su estado. Por favor vea la sección Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para la información de contacto con QIO.

Como miembro de los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO), usted tiene derecho a solicitar una determinación sobre cobertura, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos cobertura de un artículo o servicio y tiene el derecho a presentar una queja formal. Tiene el derecho a solicitar una determinación de cobertura si quiere que nosotros demos cobertura a un medicamento de Parte D que usted cree debiera tener cobertura. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Nos puede solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no se incluye en nuestra lista de medicamentos bajo cobertura o cree que debe obtener un medicamento no preferido a un costo de bolsillo más bajo. Del mismo modo, puede pedir una excepción para las normas de utilización de costo, tales como un límite en la cantidad de medicamento. Si usted cree necesitar una excepción debe ponerse en contacto con nosotros antes de abastecer su receta en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración apoyando su petición de excepción. Si negamos la cobertura para sus medicamentos recetados, tiene el derecho a una apelación y a pedirnos que revisemos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja formal si tiene cualquier tipo de problema con nuestro personal o con cualquiera de nuestras farmacias dentro de red que no incluye cobertura para medicamentos recetados. Si su problema incluye la calidad de atención, también tiene derecho a presentar una queja formal con la organización Quality Improvement (QIO) en su estado. Por favor vea la sección Evidencia de cobertura (EOC) para la información de contacto con QIO

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE FARMACOTERAPIA (MTM, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)?

Un programa de administración de farmacoterapia (MTM) es un servicio que ofrecemos de manera gratuita. Se le puede invitar a participar en un programa diseñado a sus necesidades específicas farmacéuticas y de salud. Puede decidir no participar, pero si es seleccionado, es recomendable que aproveche en pleno de este servicio de cobertura. Para mayores detalles llame a *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o a *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO).

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1o de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012
TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS PUEDEN ESTAR BAJO COBERTURA MEDICARE PARTE B?

Algunos medicamentos recetados de tipo ambulatorio pueden tener cobertura Medicare Parte B. Estos pueden incluir pero no se limitan a los siguientes tipos de medicamentos. Para mayores detalles llame a *Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)* o a *Group Health Options Clear Care Elite (PPO)*.

- **Ciertos antígenos:** si son preparados por un médico y administrados por una persona apropiadamente instruida (que puede ser el paciente) bajo supervisión médica.
- **Medicamentos para osteoporosis:** medicamentos inyectables para osteoporosis para ciertas mujeres en Medicare.
- **Eritropoyetina (Epoetina alfa o Epogen®):** Inyectable si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Agentes coagulantes para hemofilia:** si usted sufre de hemofilia, agentes coagulantes de administración propia.
- **Medicamentos inyectables:** la mayoría de medicamentos inyectables incidentes al servicio de un médico
- **Medicamentos inmunosupresores:** terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes, si el trasplante fue realizado por Medicare o pagado por un seguro particular que fungió como el financiador principal a su cobertura Medicare Parte A en una instalación certificada por Medicare.
- **Algunos medicamentos orales para el cáncer:** si el medicamento también se encuentra disponible en forma inyectable.
- **Medicamentos orales anti-nauseas:** si usted es parte de un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- **Medicamentos para inhalación e infusión** proporcionados a través de DME.

¿DÓNDE PUEDO CONSEGUIR INFORMACIÓN SOBRE LA CLASIFICACIÓN DEL PLAN?

El programa Medicare evalúa qué tan bien se desempeñan los planes en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las evaluaciones de los pacientes y el servicio al cliente). Si tiene acceso a la Red, puede usar las herramientas de red en www.medicare.gov y seleccionar "Health and Drug Plans" (Planes de salud y medicamentos) luego "Compare Drug and Health Plans" (Comparación de planes de salud y de medicamentos) para comparar las clasificaciones de planes para los planes Medicare en su área. También nos puede llamar para obtener una copia de las clasificaciones de planes. El número telefónico de Servicio al cliente se encuentra a continuación.

Introducción al informe del resumen de prestaciones

Para Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) y Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
1° de enero, 2012- 31 de diciembre, 2012
TODOS LOS CONDADOS CON SERVICIO DE GROUP HEALTH OPTIONS INC.

Sírvase llamar a *Group Health Options, Inc.* para mayor información acerca de los planes *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO) o *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO).

Visítenos al sitio www.ghc.org/medicare o llámenos:

Horario de servicio de atención al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8 a.m. – 8 p.m. hora del Pacífico.

Los afiliados activos deben de llamar sin cargo al **(888)-901-4600** si tienen preguntas relacionadas al programa Medicare Advantage y al programa Medicamentos Recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD **(800)-833-6388**).

Posibles afiliados deben de llamar sin cargo al **(800)-446-8882** si tienen preguntas relacionadas al programa Medicare Advantage o el programa de Medicamentos Recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD **(800)-833-6388**).

Los afiliados activos deben llamar al número local **(206)-901-4600** si tienen preguntas relacionadas al programa Medicare Advantage o al programa de Medicamentos Recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD **(800)-833-6388**).

Posibles afiliados deben llamar al número local **(206)-446-8882** si tienen preguntas relacionadas al programa Medicare Advantage o al programa de Medicamentos Recetados Medicare Parte D. (TTY/TDD **(800)-833-6388**).

Para mayor información acerca de Medicare, sírvase llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días de la semana. También puede visitarnos en la Red en www.medicare.gov.

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

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para mayor información, llame al servicio al cliente al número de teléfono que aparece arriba.

This document may be available in other formats such as Braille, large print or other alternate formats.

This document may be available in a non-English language. For additional information call customer service at the phone number listed above.

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

Categoría de prestaciones

Medicare Original

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1—Prima y demás información importante

En el año 2011 la prima mensual de Parte B fue \$96.40 y para 2012 puede cambiar y la cantidad anual deducible de Parte B fue \$162 y puede cambiar para 2012.

Si el médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos son a menudo más elevados, lo cual significa que usted paga más.

La mayoría de personas pagarán la prima mensual estándar de Parte B, sin embargo; algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para casados.) Para mayor información sobre las primas Parte B según ingresos, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Usuarios TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede llamar a la oficina de Seguro Social al **1-800-772-1213**. Usuarios TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>GENERALIDADES</p> <p>La prima mensual del plan es de \$67 además de su prima Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de personas pagarán la prima mensual estándar de Parte B además de su prima de plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta de Parte B y de Parte D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para casados.) Para mayor información sobre las primas Parte B y Parte D según ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Algunos médicos, proveedores y abastecedores que no están en la red del plan (por ejemplo fuera de red) aceptan “asignaciones” de Medicare y solamente cambiarán una cantidad aprobada por Medicare. Si usted elije ver a un médico fuera de red que NO acepta “asignación” de Medicare, tendrá un coaseguro basado en la cantidad aprobada por Medicare más una cantidad adicional hasta la cantidad más alta de Medicare como “cargo limitante”. Este “cargo limitante” de Medicare no se aplica si usted es afiliado de un plan que tiene cargo de coaseguro para servicios de médicos fuera de red. Para un listado completo de prestaciones de Original Medicare, así como también las explicaciones de las normas relacionadas a “asignaciones” y “cargos limitantes” que se aplican según el tipo de prestación, vea las publicaciones Medicare & You o Sus Prestaciones Medicare que las puede encontrar en el sitio www.medicare.gov.</p> <p>Para saber si los médicos y abastecedores DME aceptan asignaciones o participan en Medicare, visite el sitio www.medicare.gov/physician o www.medicare.gov/supplier</p> <p>Puede así mismo llamar al 1-800-MEDICARE, o solicitarle a su médico, proveedor o abastecedor que acepte la asignación.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <p>\$3,200 límite de gastos de bolsillo para servicios bajo cobertura Medicare.</p> <p>DENTRO Y FUERA DE RED</p> <p>\$3,200 límite de gastos de bolsillo para servicios bajo cobertura Medicare.</p>	<p>GENERALIDADES</p> <p>La prima mensual del plan es de \$121 además de su prima Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de personas pagarán la prima mensual estándar de Parte B además de su prima de plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta de Parte B y de Parte D debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros, \$170,000 para casados.) Para mayor información sobre las primas Parte B y Parte D según ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Algunos médicos, proveedores y abastecedores que no están en la red del plan (por ejemplo fuera de red) aceptan “asignaciones” de Medicare y solamente cambiarán una cantidad aprobada por Medicare. Si usted elije ver a un médico fuera de red que NO acepta “asignación” de Medicare, tendrá un coaseguro basado en la cantidad aprobada por Medicare más una cantidad adicional hasta la cantidad más alta de Medicare como “cargo limitante”. Este “cargo limitante” de Medicare no se aplica si usted es afiliado de un plan que tiene cargo de coaseguro para servicios de médicos fuera de red. Para un listado completo de prestaciones de Original Medicare, así como también las explicaciones de las normas relacionadas a “asignaciones” y “cargos limitantes” que se aplican según el tipo de prestación, vea las publicaciones Medicare & You o Sus Prestaciones Medicare que las puede encontrar en el sitio www.medicare.gov.</p> <p>Para saber si los médicos y abastecedores DME aceptan asignaciones o participan en Medicare, visite el sitio www.medicare.gov/physician o www.medicare.gov/supplier</p> <p>Puede así mismo llamar al 1-800-MEDICARE, o solicitarle a su médico, proveedor o abastecedor que acepte la asignación.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <p>\$2,500 límite de gastos de bolsillo para servicios bajo cobertura Medicare.</p> <p>DENTRO Y FUERA DE RED</p> <p>\$2,500 límite de gastos de bolsillo para servicios bajo cobertura Medicare.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

Categoría de prestaciones	Medicare Original
<p>2—Selección de médico y hospital (Para mayor información, ver Cuidado de emergencia - #15 y Atención urgente necesaria - #16).</p>	<p>Usted puede atenderse con cualquier médico, especialista o en cualquier hospital que acepte Medicare.</p>
<p>RESUMEN DE PRESTACIONES</p>	
<p>PACIENTE AMBULATORIO</p>	
<p>3—Atención para hospitalizados (Incluye servicios de rehabilitación y rehabilitación por drogadicción y alcoholismo.)</p>	<p>En el año 2011 las cantidades para cada periodo de prestaciones son: De 1 a 60 días: \$1132 deducible De 61 a 90 días: \$283 por día De 91 a 150 días: \$566 por día reservado de por vida Estas cantidades pueden cambiar para 2012. Para mayor información acerca de días reservados de por vida favor de llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los días reservados de por vida solamente pueden ser usados una sola vez</p> <p>Un “periodo de prestaciones” comienza el día en el que es hospitalizado o ingresa a una institución de enfermería especializada y finaliza cuando permanece 60 días seguidos sin estar hospitalizado o en atención de enfermería especializada. Un nuevo periodo de prestaciones comienza si usted se hospitaliza después de que un periodo de prestaciones ha finalizado. Usted debe pagar el deducible por hospitalización para cada periodo de prestaciones. No hay límite para el número de periodos de prestaciones que usted puede tener.</p>
<p>4—Hospitalización por atención de salud mental</p>	<p>En el año 2011 las cantidades para cada periodo de prestaciones fueron: De 1 a 60 días: \$1132 deducible De 61 a 90 días: \$283 por día De 91 a 150 días: \$566 por día reservado de por vida Estas cantidades pueden cambiar para 2012. Recibe hasta 190 días en el hospital psiquiátrico en toda una vida. Los servicios de hospital psiquiátrico son parte del límite de 190 días de por vida solamente si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios de hospitalización por condición psiquiátrica ofrecidos en un hospital.</p>

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED Para atención en hospitales y por especialistas se requiere remisión.</p> <p>DENTRO Y FUERA DE RED Puede visitar médicos, especialistas y hospitales dentro y fuera de red. Le costará un monto adicional cuando recibe prestaciones fuera de red.</p> <p>Dentro de red No hay límite en el número de días bajo cobertura del plan en cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalización bajo cobertura Medicare: De 1 a 5 días: \$200 copago por día De 6 a 90 días: \$0 copago por día \$0 copago por días adicionales de hospitalización</p> <p>FUERA DE RED Para hospitalización: De 1 a 5 días: \$400 copago por día De 6 a más días: \$0 copago por día</p>	<p>DENTRO DE RED Para atención en hospitales y por especialistas se requiere remisión.</p> <p>DENTRO Y FUERA DE RED Puede visitar médicos, especialistas y hospitales dentro y fuera de red. Le costará un monto adicional cuando recibe prestaciones fuera de red.</p> <p>Dentro de red No hay límite en el número de días bajo cobertura del plan en cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalización bajo cobertura Medicare: De 1 a 5 días: \$100 copago por día De 6 a 90 días: \$0 copago por día \$0 copago por días adicionales de hospitalización</p> <p>FUERA DE RED Para hospitalización: De 1 a 5 días: \$300 copago por día De 6 a más días: \$0 copago por día</p>
<p>Dentro de red Recibe hasta 190 días en el hospital psiquiátrico en toda una vida. Los servicios de hospital psiquiátrico son parte del límite de 190 días de por vida solamente si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios de hospitalización por condición psiquiátrica ofrecidos en un hospital general.</p> <p>Para hospitalización bajo cobertura Medicare: De 1 a 5 días: \$200 copago por día De 6 a 90 días: \$0 copago por día Con la excepción de casos de emergencia, su médico debe decirle con que plan usted será admitido al hospital.</p> <p>FUERA DE RED Para hospitalización: De 1 a 5 días: \$400 copago por día De 6 a más días: \$0 copago por día</p>	<p>Dentro de red Recibe hasta 190 días en el hospital psiquiátrico en toda una vida. Los servicios de hospital psiquiátrico son parte del límite de 190 días de por vida solamente si se reúnen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios de hospitalización por condición psiquiátrica ofrecidos en un hospital general.</p> <p>Para hospitalización bajo cobertura Medicare: De 1 a 5 días: \$100 copago por día De 6 a 90 días: \$0 copago por día Con la excepción de casos de emergencia, su médico debe decirle con que plan usted será admitido al hospital.</p> <p>FUERA DE RED Para hospitalización: De 1 a 5 días: \$300 copago por día De 6 a más días: \$0 copago por día</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

Categoría de prestaciones	Medicare Original
<p>5—Centro de convalecencia (SNF, por sus siglas en inglés) (En un centro de convalecencia certificado por Medicare.)</p>	<p>En el año 2011 las cantidades para cada periodo de prestaciones después de por lo menos 3 días de hospitalización con cobertura son: De 1 a 20 días: \$0 por día De 21 a 100 días: \$141.50 por día Estas cantidades pueden cambiar para el año 2012. 100 días para cada periodo de prestaciones. Un “periodo de prestaciones” comienza el día en que se interna en un hospital o un SNF. Finaliza cuando pasa más de 60 días seguidos sin estar hospitalizado o en atención de enfermería especializada. Un nuevo periodo de prestaciones comienza si se interna en un hospital después de que haya finalizado un periodo de prestaciones. Usted debe de pagar el deducible por internamiento para cada periodo de prestaciones. No existe límite para el número de periodos de prestaciones que usted puede tener.</p>
<p>6—Atención de salud en el hogar (Incluye atención de enfermería especializada intermitente necesaria, desde un punto de vista médico, servicios de salud de ayuda en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 copago</p>
<p>7—Centro para enfermos terminales</p>	<p>Usted paga parte del costo de medicamentos para pacientes ambulatorios y para pacientes internados en cuidado de relevo. Debe recibir atención de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare.</p>
<p>PACIENTE AMBULATORIO</p>	
<p>8—Visitas de consulta al médico</p>	<p>20% de coaseguro</p>

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED Plan cubre hasta 100 días para cada periodo de prestaciones. No es requisito el haber estado hospitalizado antes.</p> <p>Para internamientos en SNF bajo cobertura Medicare: De 1 a 100 días: \$50 copago por día</p> <p>FUERA DE RED Para internamientos en SNF: De 1 a 100 días: \$75 copago por día en SNF</p>	<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED Plan cubre hasta 100 días para cada periodo de prestaciones. No es requisito el haber estado hospitalizado antes.</p> <p>Para internamientos en SNF bajo cobertura Medicare: De 1 a 100 días: \$25 copago por día</p> <p>FUERA DE RED Para internamientos en SNF: De 1 a 100 días: \$50 copago por día en SNF</p>
<p>DENTRO DE RED \$0 copago para visitas de salud al hogar bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 20% por visitas de salud al hogar.</p>	<p>DENTRO DE RED \$0 copago para visitas de salud al hogar bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 20% por visitas de salud al hogar.</p>
<p>GENERALIDADES Debe obtener atención en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Antes de que usted elija un centro para enfermos terminales, su plan pagará por una visita de consulta.</p>	<p>GENERALIDADES Debe obtener atención en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Antes de que usted elija un centro para enfermos terminales, su plan pagará por una visita de consulta.</p>
<p>DENTRO DE RED \$20 copago por cada consulta con médico de cabecera para las prestaciones bajo cobertura Medicare. \$20 copago para cada consulta de atención urgente dentro del área bajo cobertura Medicare. \$45 copago para cada consulta con especialista en prestaciones bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago por cada consulta con médico de cabecera. \$60 copago por cada consulta con especialista.</p>	<p>DENTRO DE RED \$10 copago por cada consulta con médico de cabecera para las prestaciones bajo cobertura Medicare. \$10 copago para cada consulta de atención urgente dentro del área bajo cobertura Medicare. \$35 copago para cada consulta con especialista en prestaciones bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago por cada consulta con médico de cabecera. \$50 copago por cada consulta con especialista.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
9—Servicios quiroprácticos	La atención rutinaria no tiene cobertura Si recibe de un quiropráctico o cualquier otro proveedor calificado un ajuste manual de la columna vertebral para corregir sub-luxación (desplazamiento o mal alineamiento de una articulación o parte del cuerpo) se cubre 20% de coaseguro.
10—Servicios de podología	La atención rutinaria no tiene cobertura. 20% coaseguro para atención médica necesaria de los pies, incluyendo atención para condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.
11—Atención ambulatoria de salud mental	40% coaseguro para la mayoría de servicios ambulatorios de salud mental. Copago específico para servicios de programas de hospitalización parcial provistos por un hospital o centro comunitario de salud mental (CMHC, por sus siglas en inglés). El copago no sobrepasará el deducible de hospitalización de Parte A. El “programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico de paciente ambulatorio que es más intenso que la atención recibida en la oficina del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED \$20 copago para cada consulta bajo cobertura Medicare.</p> <p>Las consultas con quiropráctico bajo cobertura Medicare son para recibir un ajuste manual de la columna vertebral para corregir una sub-luxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) cuando usted lo recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago para prestaciones por quiropráctico.</p>	<p>DENTRO DE RED \$10 copago para cada consulta bajo cobertura Medicare.</p> <p>Las consultas con quiropráctico bajo cobertura Medicare son para recibir un ajuste manual de la columna vertebral para corregir una sub-luxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) cuando usted lo recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago para prestaciones por quiropráctico.</p>
<p>DENTRO DE RED \$45 copago para cada consulta bajo cobertura Medicare.</p> <p>Las prestaciones para podología bajo cobertura Medicare son para recibir atención médicamente necesaria de los pies.</p> <p>FUERA DE RED \$60 copago para prestaciones de podología.</p>	<p>DENTRO DE RED \$35 copago para cada consulta bajo cobertura Medicare.</p> <p>Las prestaciones para podología bajo cobertura Medicare son para recibir atención médicamente necesaria de los pies.</p> <p>FUERA DE RED \$50 copago para prestaciones de podología.</p>
<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED \$20 copago por cada consulta de terapia individual bajo cobertura Medicare. \$20 copago por cada consulta de terapia en grupo bajo cobertura Medicare. \$20 copago por cada consulta de terapia individual bajo cobertura Medicare con un psiquiatra. \$20 copago por cada consulta de terapia en grupo bajo cobertura Medicare con un psiquiatra. \$0 copago por cada servicio del programa de hospitalización parcial bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago para prestaciones de salud mental con un psiquiatra. \$35 copago para prestaciones de salud mental. \$0 copago para servicios del programa de hospitalización parcial.</p>	<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED \$10 copago por cada consulta de terapia individual bajo cobertura Medicare. \$10 copago por cada consulta de terapia en grupo bajo cobertura Medicare. \$10 copago por cada consulta de terapia individual bajo cobertura Medicare con un psiquiatra. \$10 copago por cada consulta de terapia en grupo bajo cobertura Medicare con un psiquiatra. \$0 copago por cada servicio del programa de hospitalización parcial bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago para prestaciones de salud mental con un psiquiatra. \$25 copago para prestaciones de salud mental. \$0 copago para servicios del programa de hospitalización parcial.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
12—Atención ambulatoria para drogadicción y alcoholismo	20% coaseguro.
13—Cirugía/servicios ambulatorios	20% coaseguro por médico. Copago específico por uso de instalaciones para atención ambulatoria. El copago no puede ser más que el deducible Parte A de paciente internado 20% coaseguro por uso de instalaciones para atención de cirugía ambulatoria.
14—Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	20% coaseguro.
15—Atención de emergencia (Usted puede acudir a cualquier sala de emergencia, si razonablemente cree que necesita atención de emergencia.)	20% coaseguro por médico. Copago específico por servicios de emergencia en instalaciones para atención ambulatoria. El copago por servicios de emergencia no será más que el deducible Parte A de paciente internado para cada servicio provisto por el hospital. Si usted es internado en el hospital debido a la misma condición dentro de los 3 días de la visita a la sala de emergencias, no tendrá que pagar el copago de sala de emergencias. No tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.
16—Atención necesaria de urgencia (Esta NO ES atención de emergencia y en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio.)	20% coaseguro, o copago preestablecido. NO tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED \$20 copago para cada consulta individual bajo cobertura Medicare. \$20 copago para cada consulta grupal bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago para prestaciones para drogadicción y alcoholismo bajo cobertura Medicare.</p> <p>DENTRO DE RED \$200 copago para cada consulta en el centro de cirugía ambulatoria bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$200 copago para cada consulta como paciente ambulatorio en el hospital bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$400 copago para prestaciones de servicio ambulatorio de hospital. \$400 copago para prestaciones de centro de cirugía ambulatoria.</p>	<p>DENTRO DE RED \$10 copago para cada consulta individual bajo cobertura Medicare. \$10 copago para cada consulta grupal bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago para prestaciones para drogadicción y alcoholismo bajo cobertura Medicare.</p> <p>DENTRO DE RED \$100 copago para cada consulta en el centro de cirugía ambulatoria bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$100 copago para cada consulta como paciente ambulatorio en el hospital bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$300 copago para prestaciones de servicio ambulatorio de hospital. \$300 copago para prestaciones de centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED \$0 a \$150 copago para prestaciones por servicios de ambulancia bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$150 copago para prestaciones por servicios de ambulancia.</p>	<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED \$0 a \$100 copago para prestaciones por servicios de ambulancia bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$100 copago para prestaciones por servicios de ambulancia.</p>
<p>GENERALIDADES \$65 copago por consultas en sala de emergencias bajo cobertura de Medicare. Cobertura a nivel mundial. Si usted es internado en el hospital debido a la misma condición dentro de 1 día de la visita a la sala de emergencias, paga \$0 por la consulta en sala de emergencias.</p>	<p>GENERALIDADES \$65 copago por consultas en sala de emergencias bajo cobertura de Medicare. Cobertura a nivel mundial. Si usted es internado en el hospital debido a la misma condición dentro de 1 día de la visita a la sala de emergencias, paga \$0 por la consulta en sala de emergencias.</p>
<p>GENERALIDADES \$20 copago por consultas de urgencia bajo cobertura de Medicare.</p>	<p>GENERALIDADES \$10 copago por consultas de urgencia bajo cobertura de Medicare.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
17—Servicios ambulatorios de rehabilitación (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	20% coaseguro.
Servicios médicos ambulatorios y abastecimientos	
18—Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% coaseguro.
19—Artículos protésicos (Incluye aparatos ortopédicos, articulaciones y ojos artificiales, etc.)	20% coaseguro.
20—Programas y insumos para diabetes	20% coaseguro para capacitación de auto-control de diabetes 20% coaseguro para insumos para diabetes 20% coaseguro para zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED \$20 copago para consultas de terapia ocupacional bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$20 copago para visitas de terapia del habla/lenguaje y/o fisioterapia bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago para consultas de fisioterapia y/o terapia del habla/lenguaje. \$35 copago para prestaciones de terapia ocupacional.</p>	<p>DENTRO DE RED \$10 copago para consultas de terapia ocupacional bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$10 copago para visitas de terapia del habla/lenguaje y/o fisioterapia bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago para consultas de fisioterapia y/o terapia del habla/lenguaje. \$25 copago para prestaciones de terapia ocupacional.</p>
<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED 20% del costo para artículos bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo para equipo médico durable.</p>	<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED 20% del costo para artículos bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo para equipo médico durable.</p>
<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED 20% del costo para artículos bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo para aparatos protéticos.</p>	<p>GENERALIDADES Puede requerir normas para autorización.</p> <p>DENTRO DE RED 20% del costo para artículos bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo para aparatos protéticos.</p>
<p>DENTRO DE RED \$0 copago para capacitación de auto-control de diabetes. 20% del costo de insumos para diabetes 20% del costo de zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo de insumos para diabetes 40% del costo de zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes \$0 copago para capacitación de auto-control para diabetes.</p>	<p>DENTRO DE RED \$0 copago para capacitación de auto-control de diabetes. 20% del costo de insumos para diabetes 20% del costo de zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes</p> <p>FUERA DE RED 40% del costo de insumos para diabetes 40% del costo de zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes \$0 copago para capacitación de auto-control para diabetes.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
21- Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y de radiología	<p>20% coaseguro para pruebas de diagnóstico y rayos-X. \$0 copago para servicios de laboratorio bajo cobertura Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de diagnóstico de laboratorio médicamente necesarios, que son ordenados por su médico tratante, siempre y cuando sean proporcionados por un laboratorio certificado por Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA, por sus siglas en inglés) que participa en el programa Medicare. Los servicios de diagnóstico de laboratorio se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas rutinarias de diagnóstico como la prueba de colesterol. 20% coaseguro para examen rectal digital y demás servicios relacionados. Con cobertura anual para todos los hombres mayores de 50 años de edad afiliados a Medicare.</p>
22-Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	<p>20% copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca 20% copago para visitas de servicios de rehabilitación pulmonar 20% copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca intensa Esto es aplicable a los servicios de programas proporcionados en el consultorio de su médico. Costo compartido específico para servicios de programas de hospital proporcionados por los departamentos de pacientes ambulatorios.</p>

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED \$0 copago bajo cobertura Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico <p>\$0 copago para radiografías bajo cobertura Medicare \$75 copago para servicios de radiología de diagnóstico bajo cobertura Medicare (sin incluir radiografías) \$0 copago para servicios terapéuticos de radiología bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$150 copago para servicios diagnósticos de radiología. \$0 copago para servicios terapéuticos de radiología \$0 copago para radiografías de paciente ambulatorio \$0 copago para procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio.</p>	<p>DENTRO DE RED \$0 copago bajo cobertura Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico <p>\$0 copago para radiografías bajo cobertura Medicare \$50 copago para servicios de radiología de diagnóstico bajo cobertura Medicare (sin incluir radiografías) \$0 copago para servicios terapéuticos de radiología bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED \$100 copago para servicios diagnósticos de radiología. \$0 copago para servicios terapéuticos de radiología \$0 copago para radiografías de paciente ambulatorio \$0 copago para procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio.</p>
<p>DENTRO DE RED \$20 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca bajo cobertura Medicare \$20 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca intensa bajo cobertura Medicare \$20 copago para visitas de servicios de rehabilitación pulmonar bajo cobertura Medicare</p> <p>FUERA DE RED \$35 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca \$35 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca intensa \$35 copago para visitas de servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>DENTRO DE RED \$10 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca bajo cobertura Medicare \$10 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca intensa bajo cobertura Medicare \$10 copago para visitas de servicios de rehabilitación pulmonar bajo cobertura Medicare</p> <p>FUERA DE RED \$25 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca \$25 copago para visitas de servicios de rehabilitación cardíaca intensa \$25 copago para visitas de servicios de rehabilitación pulmonar</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
<p>23-Servicios preventivos y programas de educación y bienestar</p>	<p>A continuación las evaluaciones que no tienen coaseguro, copago o monto deducible:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de aneurisma abdominal aórtico• Medida de masa ósea. Bajo cobertura cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si tiene ciertas condiciones médicas.• Diagnóstico cardiovascular• Diagnóstico de cáncer cervical y vaginal. Bajo cobertura cada 2 años. Bajo cobertura anual para mujeres que tienen Medicare de alto riesgo.• Diagnóstico de cáncer colorrectal.• Diagnóstico de diabetes• Vacuna contra la influenza• Vacuna contra hepatitis B para personas con Medicare de alto riesgo• Diagnóstico para VIH. \$0 copago para el diagnóstico de VIH, pero paga 20% del monto aprobado por Medicare por la consulta con el médico. El diagnóstico de VIH bajo cobertura de Medicare es para mujeres embarazadas y personas con riesgo alto de infección e incluye a cualquier persona que solicite la prueba de diagnóstico. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.• Diagnóstico de cáncer de mama (mamografía). Medicare tiene bajo cobertura mamografías cada 12 meses para mujeres con Medicare a partir de los 40 años de edad o mayores. Las mamografías de línea de base para mujeres de 35 a 39 años de edad están bajo cobertura Medicare.• Servicios de terapia médica nutricional. La terapia nutricional es para personas que sufren de diabetes o de enfermedades renales (pero no están usando diálisis o no han recibido trasplante de riñón) según derivación de un médico. Estos servicios pueden ser ofrecidos por dietistas registrados o incluir evaluación y asesoramiento nutricional para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal• Plan de servicios personalizados de prevención (visitas anuales de bienestar físico)• Vacuna de neumococos. Usted puede necesitar la vacuna contra neumonía una sola vez en su vida. Para mayor información llame a su médico.• Diagnóstico de cáncer a la próstata. Solo prueba de antígeno específico de próstata (PSA, por sus siglas en inglés). Bajo cobertura anual para hombres con Medicare mayores de 50 años de edad.

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>GENERALIDADES</p> <p>\$0 copago para todos los servicios preventivos de Medicare Original con cero de costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal • medida de masa ósea • diagnóstico cardiovascular • diagnóstico de cáncer cervical y vaginal (prueba de Papanicolaou y examen pélvico ginecológico) • diagnóstico de cáncer colorrectal • diagnóstico de diabetes • vacuna contra la influenza • vacuna contra la hepatitis B • diagnóstico de VIH • diagnóstico de cáncer a la mama (mamografía) • servicios de terapia nutricional médica • servicios del plan personalizado de prevención (visitas anuales de buen estado físico) • vacuna contra el neumococo • diagnóstico de cáncer a la próstata (solo prueba de antígeno prostático específico (PSA)) <p>La prueba de diagnóstico de VIH está bajo cobertura Medicare para personas como mujeres embarazadas y personas con alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que pida la prueba. Medicare solo tiene cobertura para esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un periodo de embarazo. Para mayores detalles llame al plan.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <p>Este plan cubre las siguientes prestaciones de educación sobre salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesación tabáquica adicional • Servicio de enfermería de consulta <p>FUERA DE RED</p> <p>\$0 copago para servicios preventivos bajo cobertura Medicare</p> <p>\$0 copago para programas suplementales de educación/bienestar físico</p>	<p>GENERALIDADES</p> <p>\$0 copago para todos los servicios preventivos de Medicare Original con cero de costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal • medida de masa ósea • diagnóstico cardiovascular • diagnóstico de cáncer cervical y vaginal (prueba de Papanicolaou y examen pélvico ginecológico) • diagnóstico de cáncer colorrectal • diagnóstico de diabetes • vacuna contra la influenza • vacuna contra la hepatitis B • diagnóstico de VIH • diagnóstico de cáncer a la mama (mamografía) • servicios de terapia nutricional médica • servicios del plan personalizado de prevención (visitas anuales de buen estado físico) • vacuna contra el neumococo • diagnóstico de cáncer a la próstata (solo prueba de antígeno prostático específico (PSA)) <p>La prueba de diagnóstico de VIH está bajo cobertura Medicare para personas como mujeres embarazadas y personas con alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que pida la prueba. Medicare solo tiene cobertura para esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante un periodo de embarazo. Para mayores detalles llame al plan.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <p>Este plan cubre las siguientes prestaciones de educación sobre salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesación tabáquica adicional • Servicio de enfermería de consulta <p>FUERA DE RED</p> <p>\$0 copago para servicios preventivos bajo cobertura Medicare</p> <p>\$0 copago para programas suplementales de educación/bienestar físico</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
	<p>Cesación de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). Bajo cobertura si tiene órdenes del médico. Incluye dos intentos de asesoramiento en un periodo de 12 meses. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p>Bienvenido al examen físico Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando se une a Medicare Parte B tiene lo siguiente: durante los 12 meses iniciales de su nueva cobertura Parte B, puede tener un examen físico Medicare de bienvenida o una consulta anual de buen estado físico. Después de los 12 meses iniciales, puede tener una visita de buen estado físico cada 12 meses.</p>
24-Enfermedad y condiciones renales	<p>20% coaseguro para diálisis renal</p> <p>20% coaseguro para servicios educativos sobre enfermedad renal</p>
25-Medicamentos recetados para paciente ambulatorio	<p>La mayoría de medicamentos no tienen cobertura Medicare Original. Usted puede añadir cobertura para medicamentos recetados al plan Medicare Original uniéndose al plan Medicare de Medicamentos recetados o puede obtener toda su cobertura Medicare, incluyendo cobertura para medicamentos recetados uniéndose al plan Medicare <i>Advantage</i> o al plan Medicare <i>Cost</i> que ofrece cobertura para medicamentos recetados.</p>

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED \$0 copago para diálisis renal \$0 copago para servicios educativos sobre enfermedad renal</p> <p>FUERA DE RED \$0 copago para servicios educativos sobre enfermedad renal \$0 copago para diálisis renal</p>	<p>DENTRO DE RED \$0 copago para diálisis renal \$0 copago para servicios educativos sobre enfermedad renal</p> <p>FUERA DE RED \$0 copago para servicios educativos sobre enfermedad renal \$0 copago para diálisis renal</p>
<p>Medicamentos bajo cobertura Medicare Parte B</p> <p>GENERALIDADES \$0 copago para medicamentos bajo cobertura Parte B. \$0 copago para medicamentos Parte B fuera de red.</p> <p>Medicamentos de infusión, insumos y servicios para el hogar \$0 copago para medicamentos de infusión para el hogar que podrían estar normalmente bajo cobertura Parte D. Esta cantidad de precio compartido también incluirá los insumos y servicios asociados con la infusión en el hogar de estos medicamentos.</p>	<p>Medicamentos bajo cobertura Medicare Parte B</p> <p>GENERALIDADES \$0 copago para medicamentos bajo cobertura Parte B. \$0 copago para medicamentos Parte B fuera de red.</p> <p>Medicamentos de infusión, insumos y servicios para el hogar \$0 copago para medicamentos de infusión para el hogar que podrían estar normalmente bajo cobertura Parte D. Esta cantidad de precio compartido también incluirá los insumos y servicios asociados con la infusión en el hogar de estos medicamentos.</p>
<p>Medicamentos bajo cobertura Medicare Parte D</p> <p>GENERALIDADES Este plan usa lista de medicamentos aprobados. El plan le enviará la lista de medicamentos aprobados. Puede ver la lista en este sitio web www.ghc.org/health_plans/indexjhtml?repositid=/common/healthPlans/MedicareaboutPartDFormulary.html. Los gastos de bolsillo varían para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen ingresos limitados • Viven en instalaciones de atención a largo plazo, o • Tienen acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (servicio de salud de indígenas) 	<p>Medicamentos bajo cobertura Medicare Parte D</p> <p>GENERALIDADES Este plan usa lista de medicamentos aprobados. El plan le enviará la lista de medicamentos aprobados. Puede ver la lista en este sitio web www.ghc.org/health_plans/indexjhtml?repositid=/common/healthPlans/MedicareaboutPartDFormulary.html. Los gastos de bolsillo varían para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen ingresos limitados • Viven en instalaciones de atención a largo plazo, o • Tienen acceso a centros indígenas/tribales/urbanos (servicio de salud de indígenas)

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
<p>Su cobertura por medicamentos recetados dentro de red puede ser limitada al área de servicio del plan. Esto significa que si usted viaja fuera del área de servicio, podría tener que pagar por el costo total de su receta. En ciertos casos de emergencia, sus medicamentos tendrán cobertura si los adquiere en una farmacia fuera de red, a pesar de que tenga que pagar cargos adicionales. Para mayores detalles póngase en contacto con el plan.</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales pagados por usted y por el plan Parte D.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites en las cantidades.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa para ciertos medicamentos de Group Health Options Clear Care Prestige (PPO).</p> <p>Tendrá que ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedor o requisitos de educación al paciente para estos medicamentos que no pueden ser obtenidos por la mayoría de farmacias en su red. Estos medicamentos se encuentran listados en el sitio Web del plan, lista de medicamentos aprobados y material impreso, así como también en el buscador de plan de medicamentos recetados de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real del medicamento es menos que la cantidad normal de costo compartido, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.</p> <p>Si usted pide una excepción de la lista de medicamentos aprobados para un medicamento y Group Health Options Clear Care Prestige (PPO) aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido de medicamento no-preferido de marca de Escala 4.</p>	<p>Su cobertura por medicamentos recetados dentro de red puede ser limitada al área de servicio del plan. Esto significa que si usted viaja fuera del área de servicio, podría tener que pagar por el costo total de su receta. En ciertos casos de emergencia, sus medicamentos tendrán cobertura si los adquiere en una farmacia fuera de red, a pesar de que tenga que pagar cargos adicionales. Para mayores detalles póngase en contacto con el plan.</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales pagados por usted y por el plan Parte D.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites en las cantidades.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa para ciertos medicamentos de Group Health Options Clear Care Elite (PPO).</p> <p>Tendrá que ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedor o requisitos de educación al paciente para estos medicamentos que no pueden ser obtenidos por la mayoría de farmacias en su red. Estos medicamentos se encuentran listados en el sitio Web del plan, lista de medicamentos aprobados y material impreso, así como también en el buscador de plan de medicamentos recetados de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real del medicamento es menos que la cantidad normal de costo compartido, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.</p> <p>Si usted pide una excepción de la lista de medicamentos aprobados para un medicamento y Group Health Options Clear Care Elite (PPO) aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido de medicamento no-preferido de marca de Escala 4.</p>
<p>DENTRO DE RED</p> <p>\$320 deducible anual.</p> <p>COBERTURA INICIAL</p> <p>Una vez pagado su deducible anual, usted paga la siguiente cantidad hasta llegar a \$2,930 en</p>	<p>DENTRO DE RED</p> <p>\$0 deducible.</p> <p>COBERTURA INICIAL</p> <p>Una vez pagado su deducible anual, usted paga la siguiente cantidad hasta llegar a \$2,930 en costo</p>

<p>costo anual total de medicamentos:</p> <p>FARMACIA</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos de preferencia</p> <ul style="list-style-type: none">• \$4 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.• \$12 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.	<p>anual total de medicamentos:</p> <p>FARMACIA</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos de preferencia</p> <ul style="list-style-type: none">• \$5 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.• \$15 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.
---	---

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002	
---	--

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
---------------------------	-------------------

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)

Nivel 2: Medicamentos genéricos de marca preferida

- \$15 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$45 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$16 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$48 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no-preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- 50% coaseguro por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

FARMACIA ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos

- \$4 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos

- \$15 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$16 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

PEDIDOS POR CORREO

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos

- \$4 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$12 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos

- \$15 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$45 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Group Health Options Clear Care Elite (PPO)

Nivel 2: Medicamentos genéricos de marca preferida

- \$20 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$60 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$25 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$75 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no-preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- 50% coaseguro por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

FARMACIA ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos

- \$5 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos

- \$20 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$25 copago por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (31 días) de medicamentos en este escalón.

PEDIDOS POR CORREO

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos

- \$5 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$15 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos

- \$20 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$60 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES

MEDICARE ORIGINAL

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$16 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$48 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- 50% coaseguro por abastecimiento tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.

COBERTURA DE INTERVALO

Después de que sus costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$2,930, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga 86% por todos los medicamentos genéricos en el plan hasta que sus costos anuales de gastos de bolsillo por medicamentos lleguen a \$4,700.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos anuales por medicamentos como gastos de bolsillo lleguen a \$4,700 usted paga la mayor cantidad de:

- 5% coaseguro, o
- \$2.60 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que pasan como genéricos) y un copago de \$6.50 por los demás medicamentos.

FUERA DE RED

Los medicamentos en el plan pueden estar bajo cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades durante viaje fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia de la red. Quizás tenga que pagar más que la cantidad compartida normal si obtiene sus

Group Health Options Clear Care Elite (PPO)

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

- \$25 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- \$75 copago por abastecimiento de tres meses (90 días) de medicamentos en este escalón.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos

- 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón.
- 50% coaseguro por abastecimiento tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel.

COBERTURA DE INTERVALO

Después de que sus costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$2,930, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga 86% por todos los medicamentos genéricos en el plan hasta que sus costos anuales de gastos de bolsillo por medicamentos lleguen a \$4,700.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Después de que sus costos anuales por medicamentos como gastos de bolsillo lleguen a \$4,700 usted paga la mayor cantidad de:

- 5% coaseguro, o
- \$2.60 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que pasan como genéricos) y un copago de \$6.50 por los demás medicamentos.

FUERA DE RED

Los medicamentos en el plan pueden estar bajo cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades durante viaje fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia de la red. Quizás tenga que pagar más que la cantidad compartida normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es muy probable que tenga que pagar el precio completo

medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es muy probable que tenga que pagar el precio completo por el medicamento y presentar documentación para recibir el reembolso de *Group Health Options Clear Care Prestige* (PPO).

por el medicamento y presentar documentación para recibir el reembolso de *Group Health Options Clear Care Elite* (PPO).

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002	
CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>COBERTURA INICIAL FUERA DE RED</p> <p>Después de pagar su deducible anual se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos las cantidades siguientes por los medicamentos comprados fuera de red hasta que los costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$15 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$16 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no-preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>BRECHA DE COBERTURA ADICIONAL FUERA DE RED</p> <p>Se le reembolsará hasta 14% del costo permitido por el plan para medicamentos genéricos comprados fuera de red hasta que el total anual de gastos de bolsillo llegue al monto de \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará por medicamentos de marca comprados fuera de red de costo descontado hasta que el total anual de gastos de bolsillo llegue al monto de \$4,700.</p> <p>COBERTURA CATASTRÓFICA FUERA DE RED</p> <p>Se le reembolsará por medicamentos comprados</p>	<p>COBERTURA INICIAL FUERA DE RED</p> <p>Después de pagar su deducible anual se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos las cantidades siguientes por los medicamentos comprados fuera de red hasta que los costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$2,930:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 copago por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no-preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% coaseguro por abastecimiento de un mes (30 días) de medicamentos en este escalón <p>BRECHA DE COBERTURA ADICIONAL FUERA DE RED</p> <p>Se le reembolsará hasta 14% del costo permitido por el plan para medicamentos genéricos comprados fuera de red hasta que el total anual de gastos de bolsillo llegue al monto de \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará por medicamentos de marca comprados fuera de red de costo descontado hasta que el total anual de gastos de bolsillo llegue al monto de \$4,700.</p> <p>COBERTURA CATASTRÓFICA FUERA DE RED</p> <p>Se le reembolsará por medicamentos comprados fuera de red hasta el costo total del medicamento menos el costo compartido, después de que sus costos por medicamentos como gastos de bolsillo lleguen a \$4,700, el cual sea mayor:</p>

fuera de red hasta el costo total del medicamento menos el costo compartido, después de que sus costos por medicamentos como gastos de bolsillo lleguen a \$4,700, el cual sea mayor:

- 5% coaseguro, o
- \$2.60 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que pasan como genéricos) y un copago de \$6.50 por los demás medicamentos.

- 5% coaseguro, o
- \$2.60 copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca que pasan como genéricos) y un copago de \$6.50 por los demás medicamentos.

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002

CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
26 Servicio dental	No hay cobertura para servicio dental de prevención (limpieza dental).
27 Servicios de audición	Los exámenes auditivos de rutina y los aparatos auditivos no tienen cobertura. 20% coaseguro para exámenes de diagnóstico de audición.
28 Servicios de visión	20% coaseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo. Los exámenes oculares de rutina y anteojos no tienen cobertura. Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía para cataratas. Cobertura anual de diagnóstico para glaucoma para personas con riesgo.
Artículos sin receta	No tiene cobertura.
Transportación (rutina)	No tiene cobertura.

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED</p> <p>En general las prestaciones dentales preventivas (como limpieza dental) no tienen cobertura. Sin embargo, este plan tiene prestaciones dentales preventivas por un costo adicional (ver “Prestaciones opcionales”).</p> <p>0% del costo para prestaciones dentales bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED</p> <p>0% copago para prestaciones dentales comprensivas.</p>	<p>DENTRO DE RED</p> <p>En general las prestaciones dentales preventivas (como limpieza dental) no tienen cobertura. Sin embargo, este plan tiene prestaciones dentales preventivas por un costo adicional (ver “Prestaciones opcionales”).</p> <p>0% del costo para prestaciones dentales bajo cobertura Medicare.</p> <p>FUERA DE RED</p> <p>0% copago para prestaciones dentales comprensivas.</p>
<p>DENTRO DE RED</p> <p>Los aparatos auditivos no tienen cobertura.</p> <p>\$20 copago para exámenes auditivos de diagnóstico bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$20 copago para una prueba auditiva anual de rutina.</p> <p>FUERA DE RED</p> <p>\$35 copago para exámenes auditivos.</p>	<p>DENTRO DE RED</p> <p>Los aparatos auditivos no tienen cobertura.</p> <p>\$10 copago para exámenes auditivos de diagnóstico bajo cobertura Medicare.</p> <p>\$10 copago para una prueba auditiva de rutina anual.</p> <p>FUERA DE RED</p> <p>\$25 copago para exámenes auditivos.</p>
<p>DENTRO DE RED</p> <p>\$0 copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. • \$20 a \$45 copago para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista. • \$0 copago para un examen anual visual de rutina. <p>FUERA DE RED</p> <p>\$0 copago para artículos para los ojos.</p> <p>\$35 a \$60 copago para exámenes oculares.</p>	<p>DENTRO DE RED</p> <p>\$0 copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. • \$10 a \$35 copago para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista. • \$0 copago para un examen anual visual de rutina. <p>FUERA DE RED</p> <p>\$0 copago para artículos para los ojos.</p> <p>\$25 a \$50 copago para exámenes oculares.</p>
<p>EN GENERAL</p> <p>Este plan no cubre artículos sin receta.</p>	<p>EN GENERAL</p> <p>Este plan no cubre artículos sin receta.</p>
<p>DENTRO DE RED</p> <p>Este plan no cubre transportación de rutina.</p>	<p>DENTRO DE RED</p> <p>Este plan no cubre transportación de rutina.</p>

Informe de resumen de prestaciones para el Contrato 2810, Plan 001, Plan 002	
CATEGORÍA DE PRESTACIONES	MEDICARE ORIGINAL
ACUPUNTURA	No tiene cobertura.
Prestaciones opcionales PAQUETE OPCIONAL #1	
Prima y demás información importante Servicios dentales	

Group Health Options Clear Care Prestige (PPO)	Group Health Options Clear Care Elite (PPO)
<p>DENTRO DE RED Este plan no cubre acupuntura.</p>	<p>DENTRO DE RED Este plan no cubre acupuntura.</p>
<p>GENERALIDADES Paquete: 1 Dental Clear Care: \$49 prima mensual, además de \$67 de prima mensual y la prima mensual Medicare Parte B para las prestaciones opcionales siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio dental preventivo • Servicio dental comprensivo <p>\$1,500 de límite cada año para estas prestaciones.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% a 20% del costo para 2 limpiezas dentales al año • 0% a 20% del costo para 2 tratamientos con fluoruro al año • 0% a 20% del costo para 2 exámenes orales al año • 0% a 20% del costo para 2 radiografías dentales al año <p>FUERA DE RED</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo para servicio dental de prevención. • 30 a 60% del costo de servicio dental comprensivo. <p>DENTRO Y FUERA DE RED \$1,500 de límite para prestaciones dentales de prevención cada año. Este límite se aplica a ambas prestaciones, dentro y fuera de red.</p> <p>Comuníquese con el plan para mayor información sobre disponibilidad de prestaciones dentales comprensivas adicionales dentro y fuera de red.</p>	<p>GENERALIDADES Paquete 1: Dental \$49 prima mensual, además de \$121 de prima mensual y la prima mensual Medicare Parte B para las prestaciones opcionales siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio dental preventivo • Servicio dental comprensivo <p>\$1,500 de límite cada año para estas prestaciones.</p> <p>DENTRO DE RED</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% a 20% del costo para 2 limpiezas dentales al año • 0% a 20% del costo para 2 tratamientos con fluoruro al año • 0% a 20% del costo para 2 exámenes orales al año • 0% a 20% del costo para 2 radiografías dentales al año <p>FUERA DE RED</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo para servicio dental de prevención. • 30 a 60% del costo de servicio dental comprensivo. <p>DENTRO Y FUERA DE RED \$1,500 de límite para prestaciones dentales de prevención cada año. Este límite se aplica a ambas prestaciones, dentro y fuera de red.</p> <p>Comuníquese con el plan para mayor información sobre disponibilidad de prestaciones dentales comprensivas adicionales dentro y fuera de red.</p>

<p>GroupHealth</p> <p>ghc.org</p>	<p>¿Preguntas? 1-800-901-4600 Usuarios TTY de WA: 1-800-833-6388 o 711</p> <p>Lunes a viernes de 8 a.m. – 8 p.m.</p> <p>Horario prolongado Del 15 de octubre al 14 de febrero Todos los días de 8 a.m. – 8 p.m.</p> <p>370GHMC-2011-09W</p>
---	--