

## In Control Extra Care (HMO SNP) Resumen de Beneficios

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

Este folleto proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que paga usted. No incluye todos los servicios que cubrimos ni cada una de sus limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Constancia de Cobertura".

### Usted tiene opciones para obtener sus beneficios de Medicare.

- Una opción es obtener sus beneficios a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare (como In Control Extra Care (HMO SNP)).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios proporciona un resumen de lo que cubre In Control Extra Care (HMO SNP) y lo que paga usted.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes su folleto de Resumen de Beneficios. O bien, use el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual "Medicare y usted" actual. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

- Lo que debe saber de Control Extra Care(HMO SNP)
- La prima mensual, el deducible y los límites de lo que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta médica

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y en letras grandes.

Puede encontrar este documento en otros idiomas aparte del inglés. Para obtener más información llámenos al (866) 255-4795. TTY (866)321-5955

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono (866-255-4795). Los usuarios de TTY deben llamar al

1-866-321-5955.

### Lo que debe saber de Classic Care (HMO)

#### Horario de atención

- Del 1 de octubre al 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Hora del Pacífico.
- Del 15 de febrero al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Hora del Pacífico.

### Números de teléfono y sitio web de Healthy Heart Extra Care (HMO SNP)

- Si es miembro de este plan, llame al número gratuito (866-255-4795). TTY: 1-866-321-5955
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito (866-255-4795). TTY: 1-866-321-5955
- Nuestro sitio web: <http://www.brandnewdayhmo.com>

### ¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en In Control Extra Care (HMO SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, tener diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica y vivir en el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Kern, Kings, Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

### ¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Control Extra Care (HMO SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios que reciba.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias en nuestro sitio web (<http://www.brandnewdayhmo.com>).

O llámenos para que le enviemos una copia de los directorios de proveedores y de farmacias

## ¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre, y *más*.

- Los miembros de nuestro plan reciben *todos* los beneficios cubiertos por Original Medicare. Es posible que para obtener algunos de estos beneficios pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, podría pagar menos.

- Los miembros de nuestro plan también reciben *más de lo que está* cubierto por Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, tales como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario de medicamentos (lista de medicamentos con receta médica Parte D) completo y las restricciones en nuestro sitio web <http://www.brandnewdvhmo.com>

- O llámanos para que le enviemos una copia del formulario.

## ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en uno de seis "Niveles". Debe usar el formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar su costo.

El monto que debe pagar depende del nivel de su medicamento y de la etapa de beneficios en que usted se encuentre. Más adelante en este documento explicaremos las etapas de beneficios que ocurren: Cobertura inicial, Brecha de cobertura y Cobertura catastrófica.

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## LA PRIMA MENSUAL, EL DEDUCIBLE Y LOS LÍMITES DE LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

<b>¿Cuál es el costo de la prima mensual?</b>	\$28.80 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>¿Cuál es el monto del deducible?</b>	\$320.00 por año por los medicamentos con receta médica Parte D.
<b>¿Hay algún límite sobre lo que debo pagar por los servicios cubiertos?</b>	<p>Sí. Como en todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales para sus pagos de desembolso directo por la atención médica y hospitalaria.</p> <p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$6,700 por los servicios que reciba de los proveedores de la red.</li> </ul> <p>Si llega al límite de desembolso directo, sigue recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar sus primas mensualmente y los costos compartidos de los medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>
<b>¿Hay algún límite sobre lo que pagará el plan?</b>	Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios de la red. Comuníquese con el plan para informarse sobre los servicios que aplican.

Brand New Day es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

NOTA:

- LOS SERVICIOS QUE TIENEN ❶ PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.
- LOS SERVICIOS QUE TIENEN ❷ PUEDEN REQUERIR LA REFERENCIA DE SU MÉDICO.

### Categoría de beneficios

### Classic In Control Extra Care (HMO SNP) Care (HMO)

#### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

<b>Acupuntura y otras terapias alternativas ❶ ❷</b>	Por un máximo de 6 visitas cada año: Usted no paga nada
<b>Ambulancia ❶</b>	20 % del costo
<b>Servicios quiroprácticos ❶ ❷</b>	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más vértebras se salen de su lugar): Usted no paga nada
<b>Servicios dentales ❶ ❷</b>	Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empastes, extracción o reemplazo de dientes): Usted no paga nada

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## Categoría de beneficios

## In Control Extra Care (HMO SNP)

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Servicios dentales<sup>1 2</sup> (continua)</b>	Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Limpieza (hasta 1 limpieza cada seis meses): Usted no paga nada</li><li>• Radiografías dentales (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</li><li>• Tratamiento con flúor (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</li><li>• Examen oral (hasta 2 cada año): Usted no paga nada</li></ul> Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$ 1000 de límite de beneficios dentales integrales por año</li></ul>
<b>Servicios y suministros para la Diabetes<sup>1 2</sup></b>	Materiales para la supervisión de la diabetes: Usted no paga nada Capacitación para el automanejo de la diabetes: Usted no paga nada Plantillas o zapatos terapéuticos: Usted no paga nada
<b>Pruebas de diagnóstico, Servicios de laboratorio y radiología y Rayos X <sup>1 2</sup></b>	Servicios de radiología de diagnóstico (tales como MRI y CT): Usted no paga nada Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted no paga nada Servicios de laboratorio: Usted no paga nada Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación por cáncer): 20 % del costo.
<b>Visitas al consultorio del médico<sup>1 2</sup></b>	Visita al médico de atención primaria: Usted no paga nada Visita al especialista: Usted no paga nada
<b>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<sup>1</sup></b>	20 % del costo Si va con un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de proveedores preferidos.
<b>Atención de emergencia</b>	\$65 de copago Si es admitido en el hospital dentro de los 3 días siguientes, no tiene que pagar el costo compartido de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este folleto para informarse sobre otros costos. Cobertura mundial de atención de emergencia: \$65 de copago

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## Categoría de beneficios

## In Control Extra Care (HMO SNP) Care (HMO)

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podología) ① ②	Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con determinadas condiciones: Usted no paga nada
<b>Servicios para la audición</b> ① ②	Examen para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de audición y equilibrio: 20 % del costo
<b>Atención médica en el hogar</b> ① ②	Usted no paga nada
<b>Atención de salud mental</b> ① ②	<p>Visita de paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por una estancia en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estancia en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado este máximo de 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p> <p>En 2015, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$1,260 de deducible por los días 1 a 60</li><li>• \$315 de copago por día por los días 61 a 90</li><li>• \$630 de copago por día por los días de reserva vitalicia</li></ul> <p>Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada</p>
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> ① ②	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (un máximo de 2 sesiones de una hora por día, con un máximo de 36 sesiones durante un tiempo máximo de 36 semanas): Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia ocupacional: Usted no paga nada</p> <p>Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: 20 % del costo</p>

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

Categoría de beneficios	In Control Extra Care (HMO SNP)
<b>ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)</b>	
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> ① ②	<p>Visita de terapia de grupo: Usted no paga nada</p> <p>Visita de terapia individual: Usted no paga nada</p>
<b>Cirugía ambulatoria</b> ① ②	<p>Centro quirúrgico ambulatorio: 20 % del costo</p> <p>Hospital para paciente ambulatorio: 20 % del costo</p>
<b>Artículos sin receta médica</b>	No cubierta
<b>Aparatos prostéticos</b> <i>(aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)</i> ①	<p>Aparatos prostéticos: Usted no paga nada</p> <p>Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada</p>
<b>Diálisis renal</b> ① ②	20 % del costo
<b>Transporte</b>	Usted no paga nada
<b>Atención de urgencia</b>	Usted no paga nada
<b>Servicios de la vista</b> ① ②	<p>Examen para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y afecciones del ojo (incluyendo las pruebas anuales de detección de glaucoma): Usted no paga nada</p> <p>Examen rutinario de la vista (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</p> <p>Marcos para anteojos (hasta 1 cada dos años): Usted no paga nada</p> <p>Lentes para anteojos (hasta 1 cada año): Usted no paga nada</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada</p>
<b>Atención preventiva</b> ① ②	<p>Usted no paga nada</p> <p>Nuestro plan cubre varios servicios preventivos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Orientación por mal uso del alcohol</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Detección de cáncer de seno (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de afecciones cardiovasculares</li> <li>• Examen de chequeo de cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Colonoscopia</li> </ul>

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## Categoría de beneficios

## In Control Extra Care (HMO SNP)

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (continuación)

#### Atención preventiva<sup>1</sup> <sup>2</sup> (continua)

- Pruebas de detección de cáncer colorrectal
- Prueba de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Prueba de sangre oculta en heces
- Sigmoidoscopia flexible
- Prueba de detección de VIH
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Pruebas de detección y asesoría para tratar la obesidad
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría
- Asesoría para dejar de fumar (asesoría para personas que no tienen signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)
- Vacunas, incluyendo vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra neumococos
- Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una vez)
- Visita anual de "Bienestar"

Todos los servicios preventivos aprobados por Medicare para el año del contrato estarán cubiertos.

#### Centro de Cuidados Paliativos (Centro de atención de enfermos terminales)

No paga nada por la atención de cuidados paliativos en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y la atención temporal de reemplazo.

### SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

#### Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados <sup>1</sup> <sup>2</sup>

Los copagos de los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que lo admiten como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o SNF después de que el período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días por una estancia en el hospital como paciente hospitalizado.

Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estancia en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado este máximo de 60 días adicionales, su cobertura de hospital como paciente hospitalizado se limitará a 90 días.

En 2015, los montos para cada período de beneficios fueron:

- \$1,260 de deducible por los días 1 a 60
- \$315 de copago por día por los días 61 a 90
- \$630 de copago por día por los días de reserva vitalicia

# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## Categoría de beneficios

## In Control Extra Care (HMO SNP)

### BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (continuación)

#### Atención de salud mental para pacientes hospitalizados

Para obtener información sobre la atención de salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección "Atención de salud mental" en este folleto.

#### Centro de enfermería especializada (SNF) ① ②

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

En 2015, los montos para cada período de beneficios fueron:

- No paga nada por los días 1 a 20
- \$157.50 de copago por día por los días 21 a 100

### BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

#### ¿Cuánto debo pagar?

Por los medicamentos de la Parte B, tales como los medicamentos para quimioterapia ①: 20 % del costo

Otros medicamentos de la Parte B ②: 20 % del costo

#### Cobertura inicial

Después de pagar su deducible anual, paga lo siguiente hasta que los costos de medicamentos anuales totales lleguen a \$2,960. Los costos totales anuales de medicamentos son el total de los costos de medicamentos pagados por usted y nuestro plan de la Parte D.

Puede adquirir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.

#### Costo compartido estándar para farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	25 % del costo	25 % del costo
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$0	\$0



# Resumen de Beneficios de In Control Extra Care (HMO SNP)

1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015

## Categoría de beneficios

## In Control Extra Care (HMO SNP)

### BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA (continuación)

#### Cobertura inicial (continuación)

#### Costos compartidos estándar para farmacias de pedido por correo

Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	25 % del costo
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	25 % del costo
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	25 % del costo
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	25 % del costo
Nivel 6 (Medicamentos selectos para diabéticos)	\$0

Si reside en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

#### Brecha de cobertura

Los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también se llama Período sin cobertura ("Donut Hole"). Esto quiere decir que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura empieza después de que el costo anual total por medicamentos (incluyendo lo que ha pagado nuestro plan y lo que usted ha pagado) alcanza los \$2,960.

Después de entrar a la brecha de cobertura, usted paga el 45 % del costo para el plan de los medicamentos de marca y el 65 % del precio costo para el plan de los medicamentos genéricos cubiertos hasta un total de costos de \$4,700, que es el final de la brecha de cobertura. No todas las personas entran en la brecha de cobertura.

#### Cobertura catastrófica

Después de que sus costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y de pedido por correo) llegan a \$4,700, usted paga el monto mayor de:

- 5 % del costo o
- \$2.65 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$6.60 por todos los demás medicamentos.