

**FIRST+PLUS ADVANTAGE (PPO), FIRST+PLUS ADVANTAGE PLUS (PPO)  
Y FIRST+PLUS ADVANTAGE PREMIUM (PPO)**

**Resumen de Beneficios**

**1ro de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010  
TODA LA ISLA DE PUERTO RICO**

**Introducción al Resumen de Beneficios para  
FIRST+PLUS ADVANTAGE (PPO), FIRST+PLUS ADVANTAGE PLUS (PPO)  
Y FIRST+PLUS ADVANTAGE PREMIUM (PPO)  
1ro de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010  
TODA LA ISLA DE PUERTO RICO**

**SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS**

Gracias por su interés en First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO). Nuestro plan es ofrecido por FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC, una Organización de Proveedores Preferidos Medicare Advantage. Este Resumen de Beneficios le habla sobre algunas características de nuestro plan. No le presenta cada medicamento que cubrimos, cada limitación o exclusión. Para obtener un listado completo de nuestros beneficios, favor de llamar a First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) y preguntar por la “Evidencia de Cobertura”.

**USTED TIENE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO DE SU SALUD**

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Original de Medicare (pago por servicio). Otra opción es obtener un Plan de Salud de Medicare como First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO). Usted también podría tener otras opciones. Usted escoge la alternativa. No importa que usted decida, usted continua en el Programa de Medicare.

Usted puede suscribirse o desafiliarse de un plan solamente en algunas ocasiones. Favor comunicarse con First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) al número indicado al final de la introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a este número las 24 horas al día, 7 días a la semana.

**¿COMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?**

Usted puede utilizar este Resumen de Beneficios para comparar los beneficios ofrecidos por First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) con el Plan Original de Medicare. La tabla en este folleto enumera algunos beneficios de salud importantes. . Por cada beneficio, usted puede informarse sobre lo que cubre nuestro plan y lo que el Plan Original de Medicare cubre.

Nuestros suscriptores reciben todos los beneficios que el Plan Original de Medicare ofrece. Nosotros también ofrecemos más beneficios, los cuales pueden cambiar año tras año.

**¿DONDE ESTA DISPONIBLE FIRST+PLUS ADVANTAGE (PPO), FIRST+PLUS ADVANTAGE PLUS (PPO)  
Y FIRST+PLUS ADVANTAGE PREMIUM (PPO)?**

El área de servicio para este plan incluye: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, Yauco, PR. Usted debe vivir en uno de estos pueblos para ingresar en este plan.

**¿QUIEN ES ELEGIBLE PARA AFILIARSE A FIRST+PLUS ADVANTAGE (PPO),  
FIRST+PLUS ADVANTAGE PLUS (PPO)  
Y FIRST+PLUS ADVANTAGE PREMIUM (PPO)?**

Usted puede afiliarse a First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) si usted tiene la Parte A de Medicare y/o se afilió a la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, individuos con Enfermedad Renal en Etapa Terminal no son elegibles para afiliarse en First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) a menos que sean afiliados de nuestra organización y haya comenzado su diálisis desde entonces.

**¿PUEDO ESCOGER MIS MEDICOS?**

First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) and First+Plus Advantage Premium (PPO) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede escoger cualquier médico que pertenezca a nuestra red. Usted también puede visitar médicos fuera de la red. Los proveedores de salud en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un directorio de proveedores actualizado o visitar nuestra página electrónica [www.firstpluspr.com](http://www.firstpluspr.com). Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

## **¿QUE SUCEDE SI USTED VISITA UN MEDICO FUERA DE LA RED?**

Usted puede visitar médicos, especialistas y hospitales fuera de la red. Usted tendrá que pagar más por los servicios que reciba fuera de la red, y usted tendrá que seguir unas normas especiales antes de obtener servicios dentro y/o fuera de la red. Para más información, favor comunicarse al número telefónico de Servicio al Cliente que se encuentra al final de esta introducción.

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

First+Plus Advantage (PPO), cubre la Parte B de medicamentos recetados de Medicare. First+Plus Advantage (PPO) NO cubre la Parte D de medicamentos recetados de Medicare. First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) cubren ambas Parte B de Medicare y Parte D de medicamentos recetados.

## **¿DONDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS SI ME AFILIO A ESTE PLAN?**

First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) han formado una red de farmacias. Usted puede usar la red de farmacias para recibir los beneficios de este plan. Nosotros no pagaremos por sus medicamentos si usted usa una farmacia fuera de la red, excepto en algunos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un Directorio de Farmacias en la red actualizado o visitar nuestra página electrónica [www.firstpluspr.com](http://www.firstpluspr.com). Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

## **¿QUE ES UN FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS?**

First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) utilizan un formulario. Un formulario es un listado de medicamentos cubiertos por su plan que recoge las necesidades del paciente. Nosotros periódicamente añadiremos, removeremos y haremos cambios a las limitaciones de la cobertura en ciertos medicamentos o cambiaremos cuanto usted pague por el medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la habilidad de obtener sus recetas, nosotros notificaremos a los afiliados afectados antes de que el cambio sea efectuado. Nosotros le enviaremos un formulario y usted podrá ver el formulario completo en nuestra dirección electrónica [www.firstpluspr.com](http://www.firstpluspr.com).

Si usted está tomando actualmente un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a requisitos o límites adicionales,

usted debe obtener un suministro temporero del medicamento. Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alterno del listado en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para ver si puede obtener un suministro temporero del medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamento.

### **¿CÓMO PUEDO CONSEGUIR AYUDA SUPLEMENTARIA CON LOS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS?**

Usted puede conseguir la ayuda suplementaria para pagar para sus primas de medicamentos recetados y gastos. Para ver si usted cualifica para obtener ayuda adicional, llame al:

- \* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas, 7 días a la semana.
- \* La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o
- \* A su Oficina Local de Medicaid.

### **¿QUE PROTECCIONES TENGO EN ESTE PLAN?**

Todos los planes Medicare Advantage están de acuerdo en quedarse en el programa por un año a la vez (al mismo tiempo). Cada año, los planes deciden si continuar por otro año. Aunque un Plan Medicare Advantage deje el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si el plan decide no continuar, este debe enviar una carta al menos 60 días antes de que la cobertura termine. La carta explicará sus opciones de la cobertura en su área.

Como suscriptor de First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO), tiene el derecho de presentar una querrela. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si usted desea que nosotros le proveamos o paguemos por un artículo o servicio que usted entiende debimos haber cubierto. Si le denegamos cobertura por el artículo o servicio, usted tiene el derecho de apelar y solicitarnos revisar nuestra decisión. Usted puede solicitarnos una determinación de cobertura expedita o apelar si piensa que esperar por una decisión pudiera seriamente poner su vida o salud en riesgo, o afectar su habilidad para recobrar su función máxima. Si su médico hace o justifica una solicitud expedita, nosotros agilizaremos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de solicitar una querrela con nosotros si usted tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores que no envuelva cobertura de un artículo o servicio. Si su problema se trata de calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de presentar una querrela con la Organización de Mejoramiento de Calidad

(QIO) de su estado. En Puerto Rico se conoce como QIPRO y sus números de teléfono son 1-800-981-5062 o 1-787-641-1240.

Como suscriptor de PBP\_003\_First+Plus Advantage Plus (PPO) y PBP\_004\_First+Plus Advantage Premium (PPO), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, el cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho a llenar una apelación si nosotros negamos la cobertura de medicamentos recetados, y el derecho de llenar una querrela. Usted tiene el derecho de una determinación de cobertura si usted quiere que nosotros cubramos el medicamento de la Parte D que usted crea debe ser cubierto. Una excepción es el tipo de determinación de cobertura. Usted debe preguntar por una excepción si usted cree necesitar un medicamento que no está en el listado de medicamentos cubiertos o cree debe obtener un medicamento no preferido a un costo más bajo fuera del bolsillo. Usted puede también preguntar por una excepción a las reglas de costos de utilización, tales como un límite en la cantidad del medicamento. Si usted piensa que necesita una excepción, usted debe comunicarse con nosotros antes de tratar de adquirir su receta en una farmacia. Su médico debe proveer una justificación que sustente una solicitud de excepción. Si negamos cubrir su medicamento(s) recetado(s), usted tiene el derecho de apelar y pedir que revisemos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de llenar una querrela si usted tiene algún tipo de problema con nosotros o una de nuestras farmacias de la red que no quiere cubrir un medicamento recetado. Si su problema se trata de calidad de cuidado, usted también tiene el derecho de presentar una querrela con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) de su estado. En Puerto Rico se conoce como QIPRO y sus números de teléfono son 1-800-981-5062 o 1-787-641-1240.

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

El Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) es un servicio gratis que nosotros ofrecemos. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades de salud y farmacia. Usted puede decidir no participar pero es recomendado que tome total ventaja de este servicio cubierto si usted es seleccionado. Favor llamar a First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) para más detalles.

### **¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS PODRIAN ESTAR CUBIERTOS BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?**

Medicamentos recetados ambulatoriamente que puedan estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare incluye, pero no están limitados, a los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO) para más detalles.

--Algunos Antígenos: Si están preparados por un médico y administrados por una personas propiamente adiestrada (que puede ser el

paciente) bajo supervisión médica.

--Medicamentos para Osteoporosis: Medicamentos inyectables para la Osteoporosis en algunas mujeres con Medicare.

--Erythropoietin (Epoetin alpha o Epogen): Por inyección si usted tienen fallo renal en etapa terminal (perdida permanente del riñón requiriendo ya sea diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la Anemia.

--Factores de coagulación de Hemofilia: Factores de coagulación autoadministrados si usted tiene hemofilia.

--Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables administrados a consecuencia de una visita al médico.

--Medicamentos Inmunosupresivos: Terapias de medicamentos inmunosupresivos para pacientes con trasplante si el mismo fue pagado por Medicare, o pagado por un seguro privado como pagador principal a su cobertura de la Parte A de Medicare en una facilidad certificada de Medicare.

--Algunos medicamentos orales para el Cáncer: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.

--Medicamentos orales contra las náuseas: Si usted es parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer.

--Medicamentos de inhalación e infusión provistos a través un DME.

El programa Medicare evalúa cuan bien los planes se desenvuelven en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir la enfermedad, las calificaciones de los pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a la web, puede utilizar las herramientas de la web en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar "Comparar Planes de Medicamentos Recetados de Medicare" o "Comparar planes y pólizas Medigap en su área" para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puedes llamarnos directamente al (888) 767-7717 para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Favor llamar a First Medical Health Plan, Inc., para más información sobre First+Plus Advantage (PPO), First+Plus Advantage Plus (PPO) y First+Plus Advantage Premium (PPO).

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

Horario de Servicio al Cliente:

Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Atlántico (PR, VI)

Suscriptores actuales deben llamar gratis al (888)-767-7717 para preguntas relacionadas al Programa Medicare Advantage y al Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare (TTY/TDD (877) 672-4242).

Futuros suscriptores deben llamar gratis al (877)-662-4242 para preguntas relacionadas al Programa Medicare Advantage y al Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para llamadas locales suscriptores actuales deben llamar al (888)-767-7717 para preguntas relacionadas al Programa Medicare Advantage y al Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para llamadas locales futuros suscriptores deben llamar al (877) 662-4242 para preguntas relacionadas al Programa Medicare Advantage y al Programa de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (877) 672-4242)

Para más información sobre Medicare, favor llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

O, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la web.

Si tiene necesidades especiales, este documento debe estar disponible en otros formatos.

## SECCION II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor comunicarse con First Medical Health Plan, Inc. al (888) 767-7717 (para suscriptores) o al (877) 662-4242 (para prospectos). Usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Beneficio	Medicare Original	First+Plus Advantage (PPO)	First+Plus Advantage Plus (PPO)	First+Plus Advantage Premium (PPO)
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>				
1 - Primas y otra información importante	En el 2009 la prima mensual de la Parte B era \$96.40 y	<b>General</b> \$0 prima mensual del plan, además de su prima	<b>General</b> \$0 prima mensual del plan, además de su prima mensual	<b>General</b> \$20 prima mensual del plan, además de su prima

<p>cambiará para el 2010 y el deducible anual de la Parte B era \$135 y cambiará para el 2010.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus gastos son a menudo más altos, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, comenzado el 1ro de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima mayor debido a sus ingresos anuales. (Para el 2009, esta cantidad era de \$85,000 para solteros, \$170,00 para parejas casadas. Esta cantidad puede cambiar para el 2010). Para más información sobre la</p>	<p>mensual de la Parte B de Medicare.</p> <p>El plan reducirá \$60 dólares mensuales de su prima de la Parte B de Medicare</p>	<p>de la Parte B de Medicare.</p>	<p>mensual de la Parte B de Medicare.</p>
--	--	-----------------------------------	---

	<p>primas de la Parte B basadas en ingreso, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>			
<p>2 - Selección de Médicos y Hospitales</p> <p>(Para más información, véase #15 - Emergencia y #16 - Cuidado Necesario de Urgencia).</p>	<p>Usted puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> No se requiere referidos para médicos, especialistas y hospitales de la red.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> No se requiere referidos para médicos, especialistas y hospitales de la red.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> No se requiere referidos para médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> El plan le cubre cuando viaja en los Estados Unidos</p>
<b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b>				
<b>CUIDADO HOSPITALARIO</b>				
<p>3 – Cuidado Intrahospitalario</p> <p>(incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)</p>	<p>En el 2009 las cantidades por cada periodo de beneficio son: Días 1 - 60: \$1,068 de deducible Días 61 - 90: \$267 por día. Días 91 - 150: \$534 por día de reserva de por vida. Estas cantidades cambiarán para el 2010.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago</p> <p>No existe límite al número de días cubiertos por el plan por cada</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago</p> <p>No existe límite al número de días cubiertos por el plan</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago</p> <p>No existe límite al número de días cubiertos por el plan por cada periodo de</p>

<p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre días de reserva de por vida.</p> <p>Días de reserva de por vida pueden utilizarse solamente una vez.</p> <p>Un "periodo de beneficio" comienza el día que usted ingresa en el hospital o en una facilidad de cuidado adiestrado. Este termina cuando usted está 60 días consecutivos sin cuidado intrahospitalario o de una facilidad de cuidado adiestrado. Si usted regresa al hospital luego que un periodo de beneficio ha terminado,</p>	<p>periodo de beneficio<sup>1</sup>.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>	<p>por cada periodo de beneficio<sup>1</sup>.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>	<p>beneficio<sup>1</sup>.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>
--	--	---	---

<sup>1</sup> Un "periodo de beneficio" comienza el día que usted ingresa en el hospital o en una facilidad de cuidado adiestrado. Este termina cuando usted está 60 días consecutivos sin cuidado intrahospitalario o de una facilidad de cuidado adiestrado. Si usted regresa al hospital luego que un periodo de beneficio ha terminado, comienza un nuevo periodo de beneficio. Usted debe pagar el deducible de cuidado intrahospitalario por cada periodo de beneficio. No existe límite al número de periodos de beneficio que usted pueda tener.

	<p>comienza un nuevo periodo de beneficio. Usted debe pagar el deducible de cuidado intrahospitalario por cada periodo de beneficio. No existe límite al número de periodos de beneficio que usted pueda tener.</p>			
<p>4 - Cuidado de Salud Mental Intrahospitalario</p>	<p>El mismo deducible y copago como en cuidado hospitalario (ver arriba "Cuidado Hospitalario").</p> <p>190 días límite de por vida en un Hospital Psiquiátrico.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 copago</p> <p>Usted tiene hasta 190 días de por vida en un Hospital Psiquiátrico.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 copago</p> <p>Usted tiene hasta 190 días de por vida en un Hospital Psiquiátrico.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b></p> <p>\$0 copago</p> <p>Usted tiene hasta 190 días de por vida en un Hospital Psiquiátrico.</p> <p>Excepto por una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser admitido al hospital.</p>
<p>5 - Facilidad de Cuidado Diestro (SNF)</p>	<p>En el 2009 las cantidades por cada periodo de beneficio luego de al menos 3 días cubiertos de estadía en el hospital son:</p> <p>Días 1 - 20: \$0 por día. Días 21 - 100: \$133.50 por día. Estas cantidades pueden cambiar para el</p>	<p><b>General</b></p> <p>Reglas de Autorización pueden aplicar.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Reglas de Autorización pueden aplicar.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Reglas de Autorización pueden aplicar.</p>

<p>(en una facilidad de cuidado diestro certificada por Medicare)</p>	<p>2010.</p> <p>100 días por cada periodo de beneficio</p> <p>Un "periodo de beneficio" comienza el día que usted ingresa en el hospital o en una facilidad de cuidado adiestrado. Este termina cuando usted está 60 días consecutivos sin cuidado intrahospitalario o de una facilidad de cuidado adiestrado. Si usted regresa al hospital luego que un periodo de beneficio a terminado, comienza un nuevo periodo de beneficio.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por servicios en un SNF</p> <p>Plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio <sup>2</sup></p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por servicios en un SNF</p> <p>Plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio <sup>2</sup>.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por servicios en un SNF</p> <p>Plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio <sup>2</sup>.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>
---	--	---	--	--

<sup>2</sup> Un "periodo de beneficio" comienza el día que usted ingresa en el hospital o en una facilidad de cuidado adiestrado. Este termina cuando usted está 60 días consecutivos sin cuidado intrahospitalario o de una facilidad de cuidado adiestrado. Si usted regresa al hospital luego que un periodo de beneficio ha terminado, comienza un nuevo periodo de beneficio. Usted debe pagar el deducible de cuidado intrahospitalario por cada periodo de beneficio. No existe límite al número de periodos de beneficio que usted pueda tener.

	Usted debe pagar el deducible de cuidado intrahospitalario por cada periodo de beneficio. No existe límite al número de periodos de beneficio que usted pueda tener			
6 - Cuidado de Salud en el Hogar  (Incluye cuidado adiestrado intermitente médicamente necesario, servicios de ayuda de salud en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)	\$0 copago	<b>General</b> Reglas de Autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% por visitas de salud en el hogar.	<b>General</b> Reglas de Autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% por visitas de salud en el hogar.	<b>General</b> Reglas de Autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% por visitas de salud en el hogar.
7 - Hospicio	Usted paga parte del costo por medicamentos ambulatorios y cuidado de relevo intrahospitalario.  Usted debe recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	<b>General</b> Usted debe recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	<b>General</b> Usted debe recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare.	<b>General</b> Usted debe recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare.
<b>CUIDADO AMBULATORIO</b>				
8 - Visitas a Oficinas	20% de coseguro	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>General</b>

Médicas	<p>Ver “Exámenes Físicos”, para más información.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un médico primario para beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago por cada visita a un médico especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% cada visita a un médico de cuidado primario</p> <p>20% por cada visita a un especialista.</p>	<p>Ver “Exámenes Físicos”, para más información.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un médico primario para beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago por cada visita a un médico especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% cada visita a un médico de cuidado primario</p> <p>20% por cada visita a un especialista.</p>	<p>Ver “Exámenes Físicos”, para más información.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un médico primario para beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago por cada visita a un médico especialista para beneficios cubiertos por Medicare..</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% cada visita a un médico de cuidado primario</p> <p>20% por cada visita a un especialista.</p>
9 – Servicios Quiroprácticos	<p>Cuidado rutinario no cubierto</p> <p>20% de coseguro por manipulación manual de la espina para corregir subluxación (un desplazamiento o pérdida de alineación)</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por: Visitas cubiertas por Medicare</p> <p>Hasta 3 visitas de rutina cada año</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por: Visitas cubiertas por Medicare</p> <p>Visitas de rutina</p>

	<p>de una unión o parte del cuerpo) si usted lo obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p> <p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineamiento de las coyunturas o partes del cuerpo) si usted las obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios quiroprácticos.</p>		<p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineamiento de las coyunturas o partes del cuerpo) si usted las obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios quiroprácticos.</p>	<p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineamiento de las coyunturas o partes del cuerpo) si usted las obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios quiroprácticos.</p>
10 - Servicios de Podiatría	<p>Cuidado rutinario no cubierto.</p> <p>20% coseguro por cuidado del pie médicamente necesario, incluyendo cuidado</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas a un podiatra cubiertas por Medicare</p> <p>Hasta 3 visitas de rutina cada año</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas a un podiatra cubiertas por Medicare</p> <p>Hasta 4 visitas de rutina cada año</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas a un podiatra cubiertas por Medicare</p> <p>Hasta 4 visitas de rutina cada año</p>

	<p>por condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p> <p>Beneficios de Podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado del pie médicamente necesario.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Podiatría.</p>		<p>Beneficios de Podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado del pie médicamente necesario.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Podiatría.</p>	<p>Beneficios de Podiatría cubiertos por Medicare son para cuidado del pie médicamente necesario.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Podiatría.</p>
11 - Cuidado de Salud Mental Ambulatorio	<p>45% coseguro por la mayoría de los servicios de salud mental ambulatorios.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios de Salud Mental.</p> <p>50% del costo por beneficios de Salud Mental con un psiquiatra.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios de Salud Mental.</p> <p>50% del costo por beneficios de Salud Mental con un psiquiatra.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios de Salud Mental.</p> <p>50% del costo por beneficios de Salud Mental con un psiquiatra.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Salud Mental cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios de Salud Mental.</p> <p>50% del costo por beneficios de Salud Mental con un psiquiatra.</p>
12 - Cuidado Ambulatorio de Abuso de Sustancias	<p>20% coseguro</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.</p>

		<b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios ambulatorios de abuso de sustancias.	<b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios ambulatorios de abuso de sustancias.	<b>Fuera de la Red</b> 50% del costo por beneficios ambulatorios de abuso de sustancias.
13 - Servicios Ambulatorios/Cirugía	20% coseguro para el médico  20% por cargos de facilidades ambulatorias	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.  \$0 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios en un centro de cirugía ambulatoria.  20% del costo por beneficios en una facilidad hospitalaria ambulatoria.	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.  \$0 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios en un centro de cirugía ambulatoria.  20% del costo por beneficios en una facilidad hospitalaria ambulatoria.	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.  \$0 copago por cada visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios en un centro de cirugía ambulatoria.  20% del costo por beneficios en una facilidad hospitalaria ambulatoria.
14 - Servicios de Ambulancia  (servicios de ambulancia	20% coseguro	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios de	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios	<b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.  <b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios

médicamente necesarios)		ambulancia cubierto por Medicare. <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de ambulancia.	de ambulancia cubierto por Medicare. <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de ambulancia.	de ambulancia cubierto por Medicare. <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de ambulancia.
15 – Cuidado de Emergencia  (Usted puede visitar cualquier sala de emergencia si usted entiende razonablemente que necesita cuidado de emergencia).	20% coseguro para el médico.  20% de cargos por facilidad, o un set de copago por visitas a la sala de emergencia.  Usted no tiene que pagar copago en una sala de emergencia si usted es admitido al hospital por la misma condición dentro de 3 días de la visita a la sala de emergencia.  NO cubierto fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas.	<b>General</b> \$25 copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura Mundial  Si usted es admitido en el hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.	<b>General</b> \$25 copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura Mundial  Si usted es admitido en el hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.	<b>General</b> \$25 copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura Mundial  Si usted es admitido en el hospital dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.

<p>16 - Cuidado Necesario de Urgencia</p> <p>(Esto NO es cuidado de emergencia y en la mayoría de los casos es fuera del área de servicio).</p>	<p>20% coseguro, o un set de copago</p> <p>NO cubierto fuera de los Estados Unidos excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> \$0 copago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> \$0 copago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> \$0 copago por visitas de cuidado de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>17 - Servicios de Rehabilitación Ambulatorios</p> <p>(Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla y Lenguaje)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 copago por visitas para Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Terapia Ocupacional.</p> <p>20% del costo por visitas de Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 copago por visitas para Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Terapia Ocupacional.</p> <p>20% del costo por visitas de Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 copago por visitas para Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios de Terapia Ocupacional.</p> <p>20% del costo por visitas de Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje.</p>
<p><b>SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS Y SUMINISTROS</b></p>				

<p>18 - Equipo Médico Duradero</p> <p>(incluye sillas de rueda, oxígeno, etc.)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por equipo médico duradero.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por equipo médico duradero.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por equipo médico duradero.</p>
<p>19 – Aparatos Prostéticos</p> <p>(Incluye abrazaderas, extremidades artificiales y ojos, etc.)</p>	<p>20% coseguro</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por aparatos prostéticos.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por aparatos prostéticos.</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por artículos cubiertos</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por aparatos prostéticos.</p>
<p>20 - Adiestramiento para el Auto-Manejo de la Diabetes, Terapia Nutricional y suministros</p> <p>(Incluye cobertura de monitores de glucosa, tirillas de prueba,</p>	<p>20% coseguro</p> <p>La Terapia Nutricional es para personas que tienen</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por adiestramiento de</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por adiestramiento de</p>	<p><b>General</b> Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por adiestramiento</p>

<p>lancetas, pruebas de monitoreo y adiestramiento para el automanejo).</p>	<p>Diabetes o enfermedad del riñón (pero que no están en diálisis o no han tenido un trasplante del riñón) cuando son referidos por un médico. Estos servicios pueden ser ofrecidos por un dietista certificado o incluir una evaluación alimenticia y aconsejando para ayudarle a manejar su diabetes o enfermedad de riñón.</p>	<p>automanejo de la Diabetes.</p>	<p>de automanejo de la Diabetes.</p>
		<p>\$0 copago por Terapia Nutricional para Diabetes.</p>	<p>\$0 copago por Terapia Nutricional para Diabetes.</p>
		<p>\$0 copago por suministros de Diabetes.</p>	<p>\$0 copago por suministros de Diabetes.</p>
		<p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por adiestramiento de automanejo de la Diabetes.</p>	<p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por adiestramiento de automanejo de la Diabetes.</p>
		<p>20% del costo por Terapia Nutricional para Diabetes.</p>	<p>20% del costo por Terapia Nutricional para Diabetes.</p>

		20% del costo para suministros de Diabetes.	20% del costo para suministros de Diabetes.	20% del costo para suministros de Diabetes.
21 - Pruebas Diagnósticas, Rayos X, y Servicios de Laboratorio	20% coseguro por pruebas diagnósticas y rayos x.  \$0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare  Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio médicamente necesarios que son ordenados para tratamiento por su médico cuando estos son provistos por un laboratorio certificado por las Enmiendas de Mejoras de Laboratorios Clínicos (CLIA) que participan en Medicare. Los servicios de pruebas de laboratorio fueron	<b>Dentro de la Red</b> \$0 de copago cubierto por Medicare  - servicios de laboratorio  - procedimientos diagnósticos y pruebas	<b>Dentro de la Red</b> \$0 de copago cubierto por Medicare  - servicios de laboratorio  - procedimientos diagnósticos y pruebas	<b>Dentro de la Red</b> \$0 de copago cubierto por Medicare  - servicios de laboratorio  - procedimientos diagnósticos y pruebas

<p>creados para ayudar al médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o condición sospechosa. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de monitoreo rutinarias, como verificar su colesterol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rayos X</li> <li>- Servicios de radiología diagnósticos (no incluye rayos X)</li> <li>- Servicios de radiología terapéuticos</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por procedimientos diagnósticos, pruebas y servicios de laboratorio. 20% del costo por servicios radiológicos terapéuticos. 20% del costo por rayos-x ambulatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rayos X</li> <li>- Servicios de radiología diagnósticos (no incluye rayos X)</li> <li>- Servicios de radiología terapéuticos</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por procedimientos diagnósticos, pruebas y servicios de laboratorio. 20% del costo por servicios radiológicos terapéuticos. 20% del costo por rayos-x ambulatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rayos X</li> <li>- Servicios de radiología diagnósticos (no incluye rayos X)</li> <li>- Servicios de radiología terapéuticos</li> </ul> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por procedimientos diagnósticos, pruebas y servicios de laboratorio. 20% del costo por servicios radiológicos terapéuticos. 20% del costo por rayos-x ambulatorios.</p>
--	--	--

		20% del costo por servicios de radiología diagnósticos.	20% del costo por servicios de radiología diagnósticos.	20% del costo por servicios de radiología diagnósticos.
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>				
22 - Densitometría Ósea	20% coseguro	Dentro de la Red \$0 copago por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.	Dentro de la Red \$0 copago por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.	Dentro de la Red \$0 copago por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.
(para personas con Medicare que están en riesgo)	Cubierto una vez cada 24 meses (más a menudo si es médicamente necesario) si usted reúne ciertas condiciones médicas.	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Densitometría Ósea cubierta por Medicare.
23 - Exámenes de Monitoreo Colorectal	20% coseguro	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes colorectales cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes colorectales cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes colorectales cubiertos por Medicare.
(para personas con Medicare con 50 años o más).	Cubierto cuando usted está en riesgo o cuando usted tiene 50 años o más.	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes colorectales	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes colorectales.	<b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes colorectales.
24- Inmunizaciones	\$0 copago por vacunas de la Influenza y Pulmonía	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por vacunas de la Influenza y Pulmonía.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por vacunas de la Influenza y Pulmonía.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por vacunas de la Influenza y Pulmonía.
(Vacuna de la Influenza, vacuna de la	20% coseguro por la vacuna de Hepatitis	\$0 copago por la vacuna de Hepatitis B	\$0 copago por la vacuna de	\$0 copago por la vacuna de

<p>Hepatitis B - para personas con Medicare que están en riesgo, vacuna de pulmonía)</p>	<p><b>B</b></p> <p>Usted puede necesitar la vacuna de la pulmonía una vez en la vida. Llame al médico para más información.</p>	<p>No necesita referido para las vacunas de Influenza y Pulmonía.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo para inmunizaciones.</p>	<p>Hepatitis B</p> <p>No necesita referido para las vacunas de Influenza y Pulmonía.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo para inmunizaciones.</p>	<p>Hepatitis B</p> <p>No necesita referido para las vacunas de Influenza y Pulmonía.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo para inmunizaciones.</p>
<p>25 - Mamografías (Monitoreo Anual)</p> <p>(para mujeres con Medicare de 40 años o más.)</p>	<p>20% coseguro</p> <p>Ningún referido necesario.</p> <p>Cubierto una vez al año para mujeres con Medicare de 40 años o más. Una mamografía de rutina cubierta para mujeres con Medicare entre las edades de 35 y 39</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago para examen de mamografía cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de mamografía.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago para examen de mamografía cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de mamografía.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago para examen de mamografía cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de mamografía.</p>

	años.			
26 - Papanicolao y Exámenes Pélvicos	\$0 copago por el Papanicolao.  (para mujeres con Medicare)  Cubierto una vez cada 2 años. Cubiertos una vez al año para mujeres con Medicare en alto riesgo. .  20% coseguro exámenes pélvicos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por Papanicolao y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Papanicolao y exámenes pélvicos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por Papanicolao y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Papanicolao y exámenes pélvicos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por Papanicolao y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por Papanicolao y exámenes pélvicos.
27 – Exámenes de Monitoreo para Cáncer en la Próstata	20% coseguro por examen rectal digital.  (para hombres de 50 años o más que tienen Medicare)  \$0 por el examen de PSA; 20% coseguro por otros servicios relacionados.  Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por examen de Cáncer en la Próstata cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen de cáncer en la próstata.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por examen de Cáncer en la Próstata cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen de cáncer en la próstata.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por examen de Cáncer en la Próstata cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen de cáncer en la próstata.
28 - ESRD (Fallo	20% coseguro por	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>

<p>Renal en Etapa Terminal)</p>	<p>diálisis renal</p> <p>20% coseguro por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal en Etapa Terminal</p> <p>La Terapia Nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad del riñón (pero que no están en diálisis o que no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidas por un médico. Estos servicios pueden ser ofrecidos por un dietista certificado o incluir una evaluación alimenticia y aconsejando para ayudarle a manejar su diabetes o enfermedad de riñón.</p>	<p>\$0 copago por diálisis renal</p> <p>\$0 copago para Terapia Nutricional por Enfermedad Renal en Etapa Terminal</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por diálisis renal.</p> <p>20% del costo por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal en</p>	<p>\$0 copago por diálisis renal</p> <p>\$0 copago para Terapia Nutricional por Enfermedad Renal en Etapa Terminal</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por diálisis renal.</p> <p>20% del costo por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal en</p>	<p>\$0 copago por diálisis renal</p> <p>\$0 copago para Terapia Nutricional por Enfermedad Renal en Etapa Terminal</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por diálisis renal.</p> <p>20% del costo por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal en Etapa Terminal.</p>
---------------------------------	---	--	--	--

29 – Medicamentos Recetados	<p>La mayoría de los medicamentos no son cubiertos bajo Medicare Original. Usted puede añadir cobertura de medicamentos recetados al Medicare Original afiliándose a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos recetados, uniéndose a un Plan Medicare Advantage o a un Plan de Costos de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Etapa Terminal.</p> <p><b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General</b></p> <p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos. \$0 copago por medicamentos cubiertos bajo la Parte B</p>	<p>Etapa Terminal.</p> <p><b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General</b></p> <p>\$0 copago por medicamentos cubiertos bajo la Parte B</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General</b></p> <p>\$0 copago por medicamentos cubiertos bajo la Parte B.</p>
		<p>20% del costo por medicamentos cubiertos bajo la Parte B fuera de la red.</p>	<p>20% del costo por medicamentos cubiertos bajo la Parte B fuera de la red.</p>	<p>20% del costo por medicamentos cubiertos bajo la Parte B fuera de la red.</p>
		<b>Medicamentos</b>	<b>Medicamentos cubiertos</b>	<b>Medicamentos cubiertos</b>

<p><b>cubiertos bajo la Parte D de Medicare General</b></p>	<p><b>bajo la Parte D de Medicare General</b></p>	<p><b>bajo la Parte D de Medicare General</b></p>
<p>Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados</p>	<p>Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. Usted también puede ver el formulario en <a href="http://www.firstpluspr.com">http://www.firstpluspr.com</a> en la web.</p> <p>Diferentes costos fuera del bolsillo pueden aplicar para personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-con ingresos limitados,</li> <li>-que vivan en facilidades de cuidado prolongado o</li> <li>-tengan acceso al Indian/Tribal/Urban (Servicio de Salud Indígena).</li> </ul>	<p>Este plan utiliza un formulario. El plan le enviará el formulario. Usted también puede ver el formulario en <a href="http://www.firstpluspr.com">http://www.firstpluspr.com</a> en la web.</p> <p>Diferentes costos fuera del bolsillo pueden aplicar para personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-con ingresos limitados,</li> <li>-que vivan en facilidades de cuidado prolongado o</li> <li>-tengan acceso al Indian/Tribal/Urban (Servicio de Salud Indígena).</li> </ul>
	<p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará la misma cantidad por sus medicamentos recetados si usted los obtiene en una farmacia dentro de la red</p>	<p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará la misma cantidad por sus medicamentos recetados si usted los obtiene en una farmacia dentro de la red fuera</p>

	fuera del área de servicio (por ejemplo cuando usted viaja).	del área de servicio (por ejemplo cuando usted viaja).
	El total de gastos anuales en medicamentos son los gastos de medicamentos totales pagados tanto por usted como por el plan.	El total de gastos anuales en medicamentos son los gastos de medicamentos totales pagados tanto por usted como por el plan.
	El plan puede requerirle tratar primero un medicamento para su condición antes de cubrirle otro medicamento para esa condición.	El plan puede requerirle tratar primero un medicamento para su condición antes de cubrirle otro medicamento para esa condición.
	Algunos medicamentos tienen límites en cantidad	Algunos medicamentos tienen límites en cantidad
	Su proveedor debe obtener una autorización previa de First+Plus Advantage Plus (PPO) para ciertos medicamentos.	Su proveedor debe obtener una autorización previa de First+Plus Advantage Premium (PPO) para ciertos medicamentos.
	Usted debe ir a ciertas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de	Usted debe ir a ciertas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedores, o exigencias de educación a

	<p>proveedores, o exigencias de educación a pacientes para estos medicamentos que no pueden ser encontrados en la mayor parte de farmacias en su red. Estos medicamentos son puestas en un listado en la dirección electrónica del plan, formulario, y los materiales impresos, así como en el buscador de Medicare.gov del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.</p>	<p>pacientes para estos medicamentos que no pueden ser encontrados en la mayor parte de farmacias en su red. Estos medicamentos son puestas en un listado en la dirección electrónica del plan, formulario, y los materiales impresos, así como en el buscador de Medicare.gov del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.</p>
	<p>Si el costo actual de un medicamento es menor que la cantidad normal de copago de ese medicamento, usted pagará el costo actual, no la cantidad de copago mayor.</p>	<p>Si el costo actual de un medicamento es menor que la cantidad normal de copago de ese medicamento, usted pagará el costo actual, no la cantidad de copago mayor.</p>
	<p>Si usted solicita una excepción al formulario por un medicamento y First+Plus Advantage Plus (PPO) aprueba la excepción, usted pagará el nivel de costo compartido (3) Marca No Preferida por ese medicamento.</p>	<p>Si usted solicita una excepción al formulario por un medicamento y First+Plus Advantage Premium (PPO) aprueba la excepción, usted pagará el nivel de costo compartido (3) Marca No Preferida por ese medicamento.</p>

	<b>Dentro de la Red</b> \$0 deducible	<b>Dentro de la Red</b> \$0 deducible
	Cobertura Inicial  Usted paga lo siguiente hasta que el total anual de costos en medicamentos alcance los \$2830.	Cobertura Inicial  Usted paga lo siguiente hasta que el total anual de costos en medicamentos alcance los \$2830.
	<b>Farmacia de Venta al Detal</b> Genérico	<b>Farmacia de Venta al Detal</b> Genérico
	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (30 días) en esta categoría.	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (30 días) en esta categoría.
	- \$0 copago por un suministro trimestral (90-días) de medicamentos en esta categoría	- \$0 copago por un suministro trimestral (90-días) de medicamentos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.
	Marca Preferida	Marca Preferida

	\$20 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría.	\$15 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría.
	- \$60 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría	- \$45 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.
	Marca No Preferida	Marca No Preferida
	- \$30 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría	- \$30 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría
	- \$90 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría	- \$90 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor

	extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.	comunicarse con el plan.
	Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría
	- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.
	<b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b> Genéricos	<b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b> Genéricos
	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (31 días) bajo esta categoría	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (31 días) bajo esta categoría
	Marca Preferida	Marca Preferida

	- \$20 copago por un suministro mensual (31 días) de medicamentos bajo esta categoría	- \$15 copago por un suministro mensual (31 días) de medicamentos bajo esta categoría
	Marca No Preferida	Marca No Preferida
	- \$30 copago por un suministro mensual (31 días) de medicamentos en esta categoría	- \$30 copago por un suministro mensual (31 días) de medicamentos en esta categoría
	Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
	- 25% coseguro por un suministro mensual (31 días) de medicamentos bajo esta categoría	- 25% coseguro por un suministro mensual (31 días) de medicamentos bajo esta categoría
	<b>Periodo sin Cobertura</b> El plan cubre todos los genéricos (100% de todos los medicamentos genéricos del formulario) a través del periodo sin cobertura.	<b>Periodo sin Cobertura</b> El plan cubre todos los genéricos (100% de todos los medicamentos genéricos del formulario) a través del periodo sin cobertura.
	Usted paga lo siguiente:	Usted paga lo siguiente:
	Farmacia de Venta al Detal Genéricos	Farmacia de Venta al Detal Genéricos
	-\$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en	-\$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta

	esta categoría.	categoría
	-\$0 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría	-\$0 copago por un suministro trimestral (90 días) de medicamentos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.
	Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría
	- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro trimestral (90 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría
	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor	No todos los medicamentos en esta categoría están disponibles para suministro de día extendido. Para más información, favor comunicarse con el plan.

	comunicarse con el plan.	
	<b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b> Genéricos	<b>Farmacia de Cuidado Prolongado</b> Genéricos
	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (31 días) bajo esta categoría	- \$0 copago por un suministro mensual de medicamentos (31 días) bajo esta categoría
	Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
	- 25% coseguro por un suministro mensual (31 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro mensual (31 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría
	Favor comunicarse con el plan para un listado completo de medicamentos cubiertos en esta categoría durante el periodo sin cobertura.	Favor comunicarse con el plan para un listado completo de medicamentos cubiertos en esta categoría durante el periodo sin cobertura.
	Para todos los demás medicamentos cubiertos, luego que su costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% hasta que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los	Para todos los demás medicamentos cubiertos, luego que su costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% hasta que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,550.

	\$4,550.	
	<p><b>Cobertura Catastrófica</b>  Luego que el costo anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550, usted paga el máximo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los demás medicamentos, o</li> </ul>	<p><b>Cobertura Catastrófica</b>  Luego que el costo anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550, usted paga el máximo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un copago de \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los demás medicamentos, o</li> </ul>
	- 5% de coseguro	- 5% de coseguro
	<p><b>Cobertura Inicial Fuera de la Red</b>  Se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,830:</p>	<p><b>Cobertura Inicial Fuera de la Red</b>  Se le reembolsará hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,830:</p>
	Genéricos	Genéricos
	- \$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta	- \$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta

	categoria	categoria
	Marca Preferida	Marca Preferida
	- \$20 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría	- \$15 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría
	Marca No Preferida	Marca No Preferida
	- \$30 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría	- \$30 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría
	Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría.	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría.
	<b>Periodo sin Cobertura Fuera de la Red</b> Se le reembolsará por estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:	<b>Periodo sin Cobertura Fuera de la Red</b> Se le reembolsará por estos medicamentos comprados fuera de la red hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:
	Genéricos	Genéricos

	- \$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría	- \$0 copago por un suministro mensual (30 días) de medicamentos en esta categoría
	Marca Preferida	Marca Preferida
	- Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. First+Plus Advantage Plus (PPO) no le reembolsará por compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentre en el periodo sin cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a First+Plus Advantage Plus, de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su	- Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. First+Plus Advantage Premium (PPO) no le reembolsará por compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentre en el periodo sin cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a First+Plus Advantage Premium, de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su costo total fuera de su bolsillo por el año.

	costo total fuera de su bolsillo por el año.	
	Marca No Preferida	Marca No Preferida
	- Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. First+Plus Advantage Plus (PPO) no le reembolsará por compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentre en el periodo sin cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a First+Plus Advantage Plus, de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su costo total fuera de su bolsillo por el año.	-- Luego que el costo total anual en medicamentos alcance los \$2,830, usted paga 100% del precio total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el costo total anual fuera de su bolsillo alcance los \$4,550. First+Plus Advantage Premium (PPO) no le reembolsará por compras hechas fuera de la red cuando usted se encuentre en el periodo sin cobertura. Sin embargo, usted todavía debe someter documentación a First+Plus Advantage Premium, de manera que podamos sumar las cantidades que usted gastó fuera de la red a su costo total fuera de su bolsillo por el año.

			Medicamentos Especializados	Medicamentos Especializados
			- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría	- 25% coseguro por un suministro mensual (30 días) de todos los medicamentos genéricos del formulario cubiertos en esta categoría
			Cobertura Catastrófica Fuera de la Red Luego que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,550, se le reembolsará por medicamentos comprados hasta el costo total del medicamentos menos lo siguiente: - \$2.50 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o - 5% de coseguro	Cobertura Catastrófica Fuera de la Red Luego que su costo anual en medicamentos fuera de su bolsillo alcance los \$4,550, se le reembolsará por medicamentos comprados hasta el costo total del medicamentos menos lo siguiente: - \$2.50 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 de copago por todos los otros medicamentos, o - 5% de coseguro
30 – Servicios Dentales	Servicios dentales preventivos (tales como limpieza) no están cubiertos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare  \$0 copago por los siguientes beneficios	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare  \$0 copago por los siguientes beneficios dentales	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare  \$0 copago por los siguientes beneficios dentales

<p>dentales preventivos:</p> <p>hasta 2 exámenes orales cada año.</p> <p>hasta 2 limpiezas cada año.</p> <p>hasta 2 placas dentales cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios dentales preventivos.</p>	<p>preventivos:</p> <p>hasta 2 exámenes orales cada año.</p> <p>hasta 2 limpiezas cada año.</p> <p>hasta 2 placas dentales cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios dentales preventivos.</p>	<p>preventivos:</p> <p>hasta 2 exámenes orales cada año.</p> <p>hasta 2 limpiezas cada año.</p> <p>hasta 2 placas dentales cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por beneficios dentales preventivos.</p>
	20% del costo por beneficios dentales comprensivos.	20% del costo por beneficios dentales comprensivos.
	<b>Dentro y Fuera de la Red</b> Límite de \$600 por beneficios comprensivos dentales cada año. Este límite aplica a ambos beneficios dentro y fuera de la red.	<b>Dentro y Fuera de la Red</b> Límite de \$800 por beneficios comprensivos dentales cada año. Este límite aplica a ambos beneficios dentro y fuera de la red.
	Comuníquese con el plan para disponibilidad de más beneficios comprensivos	Comuníquese con el plan para disponibilidad de más beneficios comprensivos

			dentales dentro y fuera de la red.	dentales dentro y fuera de la red.
31 – Servicios de Audición	Exámenes rutinarios de audición y aparatos de audición no están cubiertos.  20% coseguro por exámenes diagnósticos de audición	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare  \$0 copago por  -Hasta un (1) examen de audición rutinario cada año.  - evaluaciones de prueba para un audífono \$0 copago por aparatos auditivos. Límite de \$300 por aparatos auditivos cada 3 años.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de audición.  \$0 copago por aparatos auditivos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare  \$0 copago por  -Hasta un (1) examen de audición rutinario cada año.  - evaluaciones de prueba para un audífono \$0 copago por aparatos auditivos. Límite de \$400 por aparatos auditivos cada 3 años.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de audición.  \$0 copago por aparatos auditivos.	<b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare  \$0 copago por  -Hasta un (1) examen de audición rutinario cada año.  - evaluaciones de prueba para un audífono \$0 copago por aparatos auditivos. Límite de \$500 por aparatos auditivos cada 3 años.  <b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por exámenes de audición.  \$0 copago por aparatos auditivos.
32 – Servicios de	20% copago por	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>	<b>Dentro de la Red</b>

<p>Visión</p>	<p>diagnósticos y tratamiento para enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>Exámenes rutinarios del ojo y espejuelos no cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de espejuelos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata.</p> <p>Exámenes de glaucoma anual cubiertos para personas en alto riesgo.</p> <p>- hasta un par de contactos cada año.</p> <p>Límite de \$100 para equipo visual cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen visual.</p> <p>\$0 copago por equipo visual.</p>	<p>\$0 copago por diagnósticos y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo</p> <p>- hasta un (1) examen rutinario visual cada año.</p> <p>\$0 copago por</p> <p>-un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</p> <p>- hasta un (1) par de espejuelos cada año.</p> <p>- hasta un par de contactos cada año.</p> <p>Límite de \$100 para equipo visual cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen visual.</p> <p>\$0 copago por equipo visual.</p>	<p>\$0 copago por diagnósticos y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo</p> <p>- hasta un (1) examen rutinario visual cada año.</p> <p>\$0 copago por</p> <p>-un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</p> <p>- hasta un (1) par de espejuelos cada año.</p> <p>- hasta un par de contactos cada año.</p> <p>Límite de \$100 para equipo visual cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo por examen visual.</p> <p>\$0 copago por equipo visual.</p>
---------------	--	--	--

<p>33 – Exámenes Físicos</p>	<p>20% coseguro por un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B de Medicare</p> <p>Cuando usted obtiene la Parte B de Medicare, usted obtiene un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye exámenes de laboratorio.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes rutinarios.</p> <p>Limitado a un (1) examen cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo exámenes rutinarios.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes rutinarios..</p> <p>Limitado a un (1) examen cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo exámenes rutinarios.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago por exámenes rutinarios.</p> <p>Limitado a un (1) examen cada año.</p> <p><b>Fuera de la Red</b> 20% del costo exámenes rutinarios.</p>
<p>Educación en Salud y Bienestar</p>	<p>Cese de Fumar: Cubierto de ser pedido por su médico. Incluye dos consejerías dentro de un período de 12 meses si usted es diagnosticado con una enfermedad relacionada con el</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> Este plan cubre los siguientes beneficios de Educación en Salud/Bienestar:</p>	<p><b>General</b> Favor visitar nuestra dirección electrónica para ver nuestro listado de artículos cubiertos sobre el mostrador (OTC). Artículos OTC pueden ser comprados solamente por el suscriptor. Favor comunicarse con el plan para instrucciones</p>	<p><b>General</b> Favor visitar nuestra dirección electrónica para ver nuestro listado de artículos cubiertos sobre el mostrador (OTC). Artículos OTC pueden ser comprados solamente por el suscriptor. Favor comunicarse con el plan para instrucciones específicas sobre como utilizar</p>

	fumar o toma un medicamento que puede ser afectada por el tabaco. Cada consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. Usted paga un coseguro, y deducibles de la Parte B aplican..	específicas sobre como utilizar este beneficio.	este beneficio.
	<p>- Línea Directa de Enfermería</p> <p>\$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red 20% del costo por servicios de salud y bienestar</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> Este plan cubre los siguientes beneficios de Educación en Salud/Bienestar:</p> <p>- Línea Directa de Enfermería</p> <p>\$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red 20% del costo por servicios de salud y bienestar</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> Este plan cubre los siguientes beneficios de Educación en Salud/Bienestar:</p> <p>- Línea Directa de Enfermería</p> <p>\$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red 20% del costo por servicios de salud y bienestar</p>
Transportación	No cubierta	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago hasta 6 viajes ida y vuelta para una localidad aprobada por el plan cada año.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago hasta 6 viajes ida y vuelta para una localidad aprobada por el plan cada año.</p>
		<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago hasta 6 viajes ida y vuelta para una localidad aprobada por el plan cada año.</p>	<p><b>Dentro de la Red</b> \$0 copago hasta 6 viajes ida y vuelta para una localidad aprobada por el plan cada año.</p>

(Rutina)		<b>Fuera de la Red</b> \$0 copago por transportación.	<b>Fuera de la Red</b> \$0 copago por transportación.	<b>Fuera de la Red</b> \$0 copago por transportación.
Acupuntura	No cubierta	<b>Dentro de la Red</b> Este plan no cubre Acupuntura.	<b>Dentro de la Red</b> Este plan no cubre Acupuntura.	<b>Dentro de la Red</b> Este plan no cubre Acupuntura.

- (1) Si un médico o proveedor escoge no aceptar la asignación, los costos son frecuentemente altos, lo que significa que usted paga más.
- (2) Un periodo de beneficio comienza el día que usted va al hospital o a una facilidad de cuidado diestro de enfermería. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario o de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si usted va al hospital después que un periodo de beneficio ha terminado, un nuevo periodo de beneficio comienza. Usted debe pagar el deducible de hospital por cada periodo de beneficio. No existe límite para el número de periodo de beneficios que usted pueda tener.
- (3) Los días de reserve de por vida pueden usarse solamente una vez.

**SECCION III.  
RESUMEN DE BENEFICIOS**

**FIRST+PLUS ADVANTAGE (PPO)**

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor comunicarse con First Medical Health Plan, Inc. al (888) 767-7717 (para suscriptores) o al (877) 662-4242 (para prospectos). Usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- (1) El servicio VIP estará disponible en hospitales seleccionados de la red. Las áreas VIP y mejoras a cuartos privados serán garantizadas según disponibilidad. Para más información comunicarse con el plan.
- (2) El beneficio de transportación está limitado a \$6 cada viaje. El servicio debe ser provisto por un portador comercial autorizado (taxi, autobús, etc.) y debe ser para la obtención de servicios médicos o recetas.
- (3) Beneficio de Cobertura de Equipo Visual – máximo de \$100 cada año, también aplica a servicios fuera de la red.
- (4) Beneficio de Cobertura de Audífonos – máximo de \$300 cada 3 años, también aplica a servicios fuera de la red.
- (5) Servicios fuera de la red están sujetos al máximo indicado por el plan por servicios dentro de la red. Para más información comunicarse con el plan.
- (6) Transportación rutinaria fuera de la red, equipo visual y aparatos auditivos están sujetos al mismo máximo indicado por el plan para beneficios dentro de la red.
- (7) Fuera de la Red- \$300 copago para Cuidado Intrahospitalario
- (8) Fuera de la Red- \$300 copago por Cuidado de Salud Mental Intrahospitalario
- (9) Fuera de la Red- \$200 copago por servicios recibidos en una Facilidad de Cuidado Diestro

### **FIRST+PLUS ADVANTAGE PLUS (PPO)**

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor comunicarse con First Medical Health Plan, Inc. al (888) 767-7717 (para suscriptores) o al (877) 662-4242 (para prospectos). Usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- (1) El servicio VIP estará disponible en hospitales seleccionados de la red. Las áreas VIP y mejoras a cuartos privados serán garantizadas según disponibilidad. Para más información comunicarse con el plan.
- (2) El beneficio de transportación está limitado a \$6 cada viaje. El servicio debe ser provisto por un portador comercial autorizado (taxi, autobús, etc.) y debe ser para la obtención de servicios médicos o recetas.
- (3) El beneficio OTC (medicamentos sobre el mostrador) está disponible a través de servicio de entrega a domicilio con un proveedor específico del plan. Para más información comunicarse con el plan.
- (4) Servicios fuera de la red están sujetos al máximo indicado por el plan por servicios dentro de la red. Para más información comunicarse con el plan.
- (5) Transportación rutinaria fuera de la red, equipo visual y aparatos auditivos están sujetos al mismo máximo indicado por el plan para beneficios dentro de la red.
- (6) Fuera de la Red- \$300 copago para Cuidado Intrahospitalario
- (7) Fuera de la Red- \$300 copago por Cuidado de Salud Mental Intrahospitalario
- (8) Fuera de la Red- \$200 copago por servicios recibidos en una Facilidad de Cuidado Diestro

### **FIRST+PLUS ADVANTAGE PREMIUM (PPO)**

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor comunicarse con First Medical Health Plan, Inc. al (888) 767-7717 (para suscriptores) o al (877) 662-4242 (para prospectos). Usuarios de TTY deben llamar al (877) 672-4242.

Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- (1) El servicio VIP estará disponible en hospitales seleccionados de la red. Las áreas VIP y mejoras a cuartos privados serán garantizadas según disponibilidad. Para más información comunicarse con el plan.
- (2) El beneficio de transportación está limitado a \$6 cada viaje. El servicio debe ser provisto por un portador comercial autorizado (taxi, autobús, etc.) y debe ser para la obtención de servicios médicos o recetas.
- (3) El beneficio OTC (medicamentos sobre el mostrador) está disponible a través de servicio de entrega a domicilio con un proveedor específico del plan. Para más información comunicarse con el plan.
- (4) Beneficio de Canasta incluye Gimnasio, Acupuntura y Nutricionista. El máximo de \$ 200 se combina para este beneficio. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan.
- (5) Servicios fuera de la red están sujetos al máximo indicado por el plan por servicios dentro de la red. Para más información comunicarse con el plan.
- (6) Transportación rutinaria fuera de la red, equipo visual y aparatos auditivos están sujetos al mismo máximo indicado por el plan para beneficios dentro de la red.
- (7) Fuera de la Red- \$300 copago para Cuidado Intrahospitalario
- (8) Fuera de la Red- \$300 copago por Cuidado de Salud Mental Intrahospitalario
- (9) Fuera de la Red- \$200 copago por servicios recibidos en una Facilidad de Cuidado Diestro