

# Resumen de beneficios para 2020

## CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) H1189, Plan 004

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

CHRISTUS Health Plan Generations Plus es un plan Medicare Advantage HMO con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no es una lista de cada servicio que cubrimos o una lista de cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura.”

Para unirse a CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Camp, Cherokee, Franklin, Gregg, Harrison, Hopkins, Marion, Morris, Panola, Smith, Titus, Upshur y Wood.

Si usted consulta a proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que no paguemos por dichos servicios.

Para la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte en su folleto actual “**Medicare & You**” (Medicare y usted). Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande y audio.

Para encontrar más información, llámenos a la línea gratuita 1-844-282-3026, ● TTY 711 o visite nuestro sitio web en [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

### **Horario de atención:**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Usted puede encontrar la *Evidencia de cobertura*, el *Directorio de Proveedores y Farmacias* y el *Formulario* (lista de medicamentos con receta de la Parte D) de nuestro plan en nuestro sitio web [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$20	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible anual para medicamentos con receta</b>	\$150	Aplica a los Niveles 4 y 5.
<b>Máximo anual en gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)</b>	\$4,400	Es el monto máximo que paga por concepto de copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos durante el año.
<b>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</b>		
<b>Cobertura de hospital para paciente hospitalizado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospital de atención aguda</li> <li>○ Salud mental</li> </ul>	<p>Usted paga \$225 de copago por día por los días 1 al 5. Usted no paga nada por día por los días 6 a 1 90.</p> <p>Usted paga \$318 de copago por día por los días 1 al 5. Usted no paga nada por día por los días 6 a 1 90.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía de paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de servicios para pacientes hospitalizados tendrá un límite de 90 días.</p>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>○ Instalación hospitalaria</li> </ul>	<p>Debe hacer un copago de \$175 por consulta.</p> <p>Debe hacer un copago de \$275 por consulta.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>
<b>Visitas al consultorio del médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico de atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	<p>No paga nada.</p> <p>Debe hacer un copago de \$25 por consulta.</p>	

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que usted debe saber
<b>Atención preventiva</b> (p.ej. Vacunas para la gripe, neumonía y Hepatitis B; visitas anuales de bienestar, pruebas de detección de diabetes, depresión, obesidad, cáncer de seno, cuello uterino, vagina, próstata, colorrectal y de pulmón).	Usted no paga nada por la atención preventiva cubierta por Medicare).	Otros servicios preventivos están disponibles.
<b>Atención de emergencia</b>	Debe hacer un copago de \$75 por consulta.	Cubierta en todo el mundo.  Exento de copago si es hospitalizado dentro de 24 horas.
<b>Servicios de atención urgente</b>	Debe hacer un copago de \$30 por consulta. Debe hacer un copago de \$75 por consulta (en todo el mundo)	
<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de laboratorio</li> <li>○ Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Exámenes y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</li> <li>○ Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, PET)</li> <li>○ Radiología terapéutica (p. ej. tratamiento con radiación para el cáncer)</li> </ul>	Usted no paga nada. Debe hacer un copago de \$15 por consulta. Debe hacer un copago de \$25 por consulta.  Debe hacer un copago de \$125 por consulta.  Usted paga 20% de coseguro por consulta.	<i>Se requiere autorización previa de su médico u otro proveedor de la red para algunos servicios.</i>  Comuníquese con el plan para conocer más información.
<b>Servicios auditivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un examen anual de la audición de rutina</li> <li>○ Dispositivos auditivos</li> </ul>	Debe hacer un copago de \$35 por examen.  Usted tiene un copago de \$395, \$495 o \$695 para dispositivos auditivos incluidos en el Nivel 3 del Formulario, obtenidos con un proveedor de la red.	1 cada año.  El copago se basa en el fabricante, producto y estilo del Nivel 3 del Formulario que haya comprado en Amplifon. Los

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que usted debe saber
<p><b>Servicios auditivos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.</li> </ul>	<p>Debe hacer un copago de \$25 por servicio.</p>	<p>dispositivos auditivos que no estén enumerados en el Nivel 3 del Formulario están disponibles a un costo adicional. El miembro es responsable del monto completo de la factura si compra un dispositivo que no esté en el Nivel 3 del Formulario. No aplica copago. No está cubierto fuera de la red.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios odontológicos cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, relleno, extracción o reemplazo de dientes)</li> <li>○ Servicios odontológicos preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>● Examen bucal</li> <li>● Radiografías dentales</li> <li>● Limpiezas</li> <li>● Tratamiento con flúor</li> </ul> </li> <li>○ Servicios odontológicos integrales (servicios de diagnóstico, restaurativos, de extracción, endodoncia, periodoncia, dentaduras postizas, prostodoncia, cirugía)</li> </ul>	<p>Debe hacer un copago de \$25 por servicio.</p> <p>Debe hacer un copago de \$5 por servicio.</p> <p>Debe hacer un copago de \$20 por servicio.</p>	<p>1 consulta cada año. 1 cada 2 años. 1 cada 6 meses. 1 cada 6 meses.</p> <p>El límite máximo del beneficio es \$2,000. El beneficio aplica a servicios no cubiertos por Medicare.</p>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que usted debe saber
<b>Servicios odontológicos (continuación)</b> bucal/maxilofacial y otros servicios que no son de rutina).		
<b>Servicios para la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</li> <li>○ Prueba de detección de glaucoma</li> <li>○ Examen ocular de rutina</li> <li>○ Anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto</li> </ul>	Debe hacer un copago de \$25 por examen.  Debe hacer un copago de \$35 por prueba de detección. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	1 cada año. Asignación de \$100 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de terapia individual o grupal ambulatoria</li> </ul>	Debe hacer un copago de \$30 por consulta.	
<b>Servicios de enfermería especializada</b>	Usted no paga nada por día por los días 1 a 1 20.  Usted paga \$164.50 de copago por día por los días 21 al 100.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
<b>Servicios de terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje</b>	Debe hacer un copago de \$25 por consulta.	
<b>Ambulancia</b>	Debe hacer un copago de \$200 por un viaje de una sola dirección.	<i>Se requiere autorización para servicios que no sean emergencia cubiertos por Medicare.</i>  Exento de copago si es admitido en el hospital. Cubierta en todo el mundo.
<b>Transporte</b>	Usted no paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Transporte (continuación)</b>		Limitado a 12 viajes en una sola dirección por año, a ubicaciones aprobadas por el plan.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicamentos para quimioterapia</li> <li>○ Otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

<b>CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)</b>		
<b>Medicamentos recetados de paciente ambulatorio</b>		
<b>Fase 1: Deducible anual para medicamentos con receta</b>	Usted paga \$150 de deducible para el Nivel 4 y el Nivel 5.	
<b>Fase 2: Etapa de cobertura inicial</b> (Después de pagar su deducible)  Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: Medicamentos genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Nivel 5: Nivel de Especialidad	<b>Minorista estándar (suministro de 31 días)</b>	<b>Pedido por correo estándar (suministro de 90 días)</b>
	Usted paga \$4. Usted paga \$10. Usted paga \$35. Usted paga \$90. Usted paga 29%.	Usted paga \$0. Usted paga \$0. Usted paga \$70. Usted paga \$180. Usted paga 29%.
<b>Fase 3: Etapa del período sin cobertura</b>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (denominada también “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura empieza después de que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,020.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga 25% del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo de plan para medicamentos genéricos, para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.</p>	

<b>Fase 4:</b> <b>Etapas de Cobertura en situaciones catastrófica</b>	Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y pedido por correo) alcance \$6,350, usted paga el monto mayor entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5% del costo del medicamento.</li> <li>– o – \$3.60 para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.95 para todos los otros medicamentos.</li> </ul>
El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando entre en otra de las cuatro fases de su beneficio de la Parte D.  Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en la farmacia minorista.	

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que usted debe saber
<b>Beneficios adicionales</b>		
<b>Atención médica a domicilio</b>	Usted no paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
<b>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> (Terapia individual o grupal)	Debe hacer un copago de \$30 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Equipos/suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero (p. ej. silla de ruedas, oxígeno)</li> <li>○ Prótesis (p. ej. soportes, extremidades artificiales)</li> </ul>	Usted paga 15% de coseguro.  Usted paga 15% de coseguro.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Manejo de la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suministros para el control de la diabetes</li> <li>○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>○ Zapatos terapéuticos o plantillas</li> </ul>	Usted no paga nada.  Usted no paga nada.  Debe hacer un copago de \$10 por producto.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

Primas y beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)	Lo que usted debe saber
<b>Cuidado de los pies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de los pies y tratamiento cubiertos por Medicare si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos</li> <li>○ Cuidado del pie de rutina</li> </ul>	<p>Debe hacer un copago de \$25 por consulta.</p> <p>Usted no paga nada.</p>	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabilitación cardíaca</li> <li>○ Rehabilitación pulmonar</li> </ul>	<p>Debe hacer un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Debe hacer un copago de \$30 por consulta.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>
<b>Atención quiropráctica</b> (Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones)	<p>Debe hacer un copago de \$20 por consulta.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p> <p>36 consultas por año.</p>
<b>Diálisis renal</b>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>
<b>Productos de venta libre</b>	<p>Usted no paga nada. Una asignación de hasta \$100 cada tres meses para comprar productos de venta libre (OTC, en inglés) del catálogo de beneficios de Express Scripts.</p>	<p>Límite de \$100 cada tres meses.</p>
<b>Acondicionamiento físico</b>	<p>Cubierto completamente en clínicas de acondicionamiento físico participantes de CHRISTUS.</p> <p>Asignación mensual de \$20 para otros programas de acondicionamiento físico cualificados, reembolso trimestral.</p>	<p>Este beneficio brinda acceso clínicas de acondicionamiento físico de CHRISTUS en nuestros mercados. Nuestra misión es proporcionarle un centro de salud y acondicionamiento físico diseñado para educar a la nuestra comunidad acerca de la importancia de mantenerse en forma. Al proporcionar un equipo de profesionales en salud y acondicionamiento físico, así como programas innovadores, buscamos guiar a las personas para que mejoren su calidad de vida.</p>