

# Resumen de Beneficios 2021

## CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) H1189, Plan 001

Este es un resumen sobre los servicios de medicamentos y servicios médicos que cubre CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

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

La información sobre los beneficios que se brindan no indica cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación ni exclusión. Con el fin de obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Para unirse a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nuevo México: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel y Santa Fe.

Si usted usa los servicios de los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Con el fin de conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “**Medicare y Usted**”. Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia al llamar 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, impresión grande o audio.

Con el fin de obtener más información, por favor llámenos al teléfono gratuito 1-844-282-3026, ● TTY 711 o visite nuestro sitio web en [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

### **Horas Hábiles:**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 ver la *Evidencia de Cobertura*, el *Directorio de Proveedores y Farmacias* y el *Formulario* (lista de medicamentos recetados de la Parte D) de nuestro plan en nuestro sitio web en [www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org).

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Prima del plan mensual</b>	\$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible de prescripción anual</b>	\$150	Aplica para los niveles 4 y 5.
<b>Gastos de bolsillo máximos anuales (no incluye medicamentos recetados)</b>	\$4,900	Lo máximo que usted cubre por copagos, coaseguro y otros costos de servicios médicos para el año.
<b>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</b>		
<b>Hospital para pacientes hospitalizados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospital de cuidados intensivos</li> <li>○ Salud mental</li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$295 por día durante los días 1 a 6. Usted no paga nada por día durante los días 7 a 90.</p> <p>Usted cubre un copago de \$275 por día durante los días 1 a 5. Usted no paga nada por día durante los días 6 a 90.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de estancia en el hospital. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su estancia en el hospital es de más de 90 días, usted puede usar estos días extra. Aunque una vez que usted haya agotado estos 60 días extras, su cobertura de paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p>
<b>Hospital para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Centro de cirugía ambulatoria</li> <li>○ Instalaciones del hospital</li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$175 por consulta.</p> <p>Usted cubre un copago de \$325 por consulta.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>
<b>Consultas con el médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico de atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted cubre un copago de \$25 por consulta.</p>	
<b>Atención preventiva</b> (por ejemplo, vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B; consulta anual de bienestar, exámenes de detección de diabetes, depresión, obesidad; y cáncer de mama, cervical, vaginal, de próstata, colorrectal y de pulmón).	<p>Usted no paga nada por la atención preventiva que cubre Medicare.</p>	<p>Existen otros servicios preventivos.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	Usted cubre un copago de \$65 por consulta.	Se cubre en todo el mundo

Primas y Beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
		No aplica copago si se interna dentro de 24 horas.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	Usted cubre un copago de \$55 por consulta. Usted cubre un copago de \$65 por consulta (en todo el mundo).	
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imagenología</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Análisis de sangre de rutina</li> <li>○ Otros servicios de laboratorio</li> <li>○ Radiografías de pacientes ambulatorios</li> <li>○ Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</li> <li>○ Servicios de radiología de diagnóstico (IRM, TC, PET)</li> <li>○ Radiología terapéutica (por ejemplo, tratamiento de radiación para el cáncer)</li> </ul>	<p>Usted paga 0% de coaseguro por consulta. Usted paga 20% de coaseguro por consulta.</p> <p>Usted paga 20% de coaseguro por consulta.</p> <p>Usted cubre un copago de \$150 por consulta.</p> <p>Usted cubre un copago de \$150 por consulta.</p> <p>Usted paga 20% de coaseguro por consulta.</p>	<p><i>Para algunos servicios se requiere la autorización previa de su médico u otro proveedor de la red.</i></p> <p>Por favor, contacte al plan para obtener más información.</p>
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición de rutina</li> <li>○ Auxiliares auditivos</li> <li>○ Examen que cubre Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$35 por examen.</p> <p>Usted cubre un copago de \$395, \$495 o \$695 de un proveedor de la red para auxiliares auditivos incluidos en el Formulario de nivel 3.</p> <p>Usted cubre un copago de \$25 por servicio.</p>	<p>1 cada año.</p> <p>El copago se basa en el fabricante, el producto y el estilo que se compre en el Formulario de nivel 3 de Amplifon. Los auxiliares auditivos que no se indican en el Formulario de nivel 3 están disponibles a un costo adicional. El miembro es responsable de la cantidad total de la factura si se compran fuera del Formulario de nivel 3. No aplica copago. No se cubre fuera de la red.</p>

Primas y Beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales que cubre Medicare (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, obturación, extracción ni sustitución de dientes)</li> <li>○ Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>● Examen oral</li> <li>● Radiografías dentales</li> <li>● Limpieza</li> <li>● Tratamiento con fluoruro</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$25 por servicio.</p> <p>Usted cubre un copago de \$5 por servicio.</p>	<p>1 consulta cada año. 1 cada 2 años. 1 cada 6 meses. 1 cada 6 meses.</p>
<b>Servicios de visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de la vista que cubre Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos.</li> <li>○ Examen de detección de glaucoma</li> <li>○ Examen de la vista de rutina</li> <li>○ Anteojos (armazones/lentes) o lentes de contacto</li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$25 por examen.</p> <p>Usted cubre un copago de \$35 por examen de detección.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted no paga nada.</p>	<p>1 cada año. \$100 de bonificación por año para 1 par de anteojos (armazones/lentes) o lentes de contacto.</p>
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de terapia individual o de grupo ambulatoria</li> </ul>	<p>Usted cubre un copago de \$10 por consulta.</p>	
<b>Instalaciones de enfermería especializada</b>	<p>Usted no paga nada por día durante los días 1 a 20.</p> <p>Usted cubre un copago de \$167.50 por día durante los días 21 a 100.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p> <p>El plan cubre hasta 100 días por periodo de beneficio.</p>
<b>Servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje</b>	<p>Usted cubre un copago de \$40 por consulta.</p>	
<b>Ambulancia</b>	<p>Usted cubre un copago de \$200 por viaje sencillo.</p>	<p><i>Se requiere autorización para servicios que cubre Medicare que no sean de emergencia.</i></p> <p>No aplica si se interna en el hospital. Se cubre en todo el mundo.</p>
<b>Transporte</b>	<p>Usted no paga nada.</p>	<p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>

Primas y Beneficios	CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)	Lo que usted debe saber
		Se limita a 12 viajes sencillos a ubicaciones que aprueba el plan por año.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medicamentos de quimioterapia</li> <li>○ Otros medicamentos de la Parte B</li> </ul>	<p>Usted paga 20% de coaseguro.</p> <p>Usted paga 20% de coaseguro.</p>	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) Medicamentos recetados a pacientes ambulatorios		
<b>Fase 1: Deducible de prescripción anual</b>	Usted paga un deducible de \$150 por el nivel 4 y el nivel 5.	
<b>Fase 2: Cobertura inicial</b> (Después de que usted paga su deducible)	<b>Venta minorista estándar (suministro para 31 días)</b>	<b>Pedido por correo estándar (suministro para 90 días)</b>
	<p>Nivel 1: Genérico preferido</p> <p>Nivel 2: Genérico</p> <p>Nivel 3: De marca preferido</p> <p>Nivel 4: De marca no preferido</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad</p>	<p>Usted paga \$4.</p> <p>Usted paga \$10.</p> <p>Usted paga \$35.</p> <p>Usted paga 30%.</p> <p>Usted paga 29%.</p>
<b>Fase 3: Periodo sin Cobertura</b>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un periodo sin cobertura (también llamado “donut hole” u “hoyo de dona”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. El periodo sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,130.</p> <p>Después de que usted entra en el periodo sin cobertura, usted paga 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>	
<b>Fase 4: Cobertura de Catástrofes</b>	<p>Después de que sus costos de bolsillo de medicamentos anuales (incluidos los medicamentos que se compran a través de su farmacia minorista y de pedidos por correo) alcancen \$6,550, usted paga el valor más alto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5% del costo del medicamento.</li> <li>○ bien \$3.70 por un genérico (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos) y \$9.20 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	
<p>La participación en el costo puede variar dependiendo de la farmacia que usted elija y de cuándo entre a otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.</p> <p>Si usted reside en un centro de atención de largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p>		

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Beneficios adicionales</b>		
<b>Atención médica en el hogar</b>	Usted no paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para atención médica de agencia a domicilio que cubre Medicare.
<b>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> (Terapia individual y de grupo)	Usted cubre un copago de \$10 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Equipo y/o suministros médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico durable (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>○ Prótesis (por ejemplo, aparatos de ortodoncia, extremidades artificiales)</li> </ul>	Usted paga 20% de coaseguro.  Usted paga 20% de coaseguro.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Manejo de diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suministros para monitorear diabetes</li> <li>○ Capacitación para manejo personal de diabetes</li> <li>○ Zapatos o plantillas terapéuticos</li> </ul>	Usted no paga nada.  Usted no paga nada.  Usted no paga nada.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Atención de los pies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen y tratamiento de pies que cubre Medicare si usted tiene daño en los nervios y/o cumple con ciertas condiciones que se relacionan con la diabetes</li> <li>○ Atención de los pies de rutina</li> </ul>	Usted cubre un copago de \$25 por consulta.  Usted no paga nada.	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabilitación cardíaca</li> <li>○ Rehabilitación pulmonar</li> </ul>	Usted cubre un copago de \$40 por consulta. Usted cubre un copago de \$30 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>
<b>Atención quiropráctica</b> (manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación)	Usted cubre un copago de \$20 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  36 consultas al año.
<b>Díalisis renal</b>	Usted paga 20% de coaseguro.	<i>Aplican reglas de autorización.</i>

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)</b>	<b>Lo que usted debe saber</b>
<b>Acupuntura que cubre Medicare para dolor lumbar crónico</b>	Usted cubre un copago de \$25 por consulta.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  Máximo de 20 consultas al año.
<b>Acupuntura de rutina y otras terapias alternativas</b>	Usted no paga nada en CHRISTUS St. Vincent Holstic Health & Wellness Center.  Usted cubre un copago de \$45 por tratamiento en otras instalaciones.	<i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i>  4 tratamientos al año.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Usted no paga nada. Hasta \$50 de bonificación cada trimestre para la compra de productos de venta libre (OTC) del Catálogo de beneficios de Express Scripts.	Límite de \$50 cada tres meses.  La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) no está incluida en este beneficio.
<b>Fitness (Estado físico en forma)</b>	Se cubre en su totalidad en Genoveva Chavez Community Center.  Bonificación mensual de \$20 para otros programas de fitness calificados; se reembolsa cada trimestre.	Este beneficio brinda acceso al centro de fitness en nuestros mercados. Nuestra misión es proporcionar instalaciones médicas y de fitness diseñadas para educar a nuestra comunidad sobre la importancia del estado físico en forma. Al facilitar un equipo de profesionales en fitness y médicos, así como una programación innovadora, nuestro objetivo es guiar a las personas hacia una mejor calidad de vida.
<b>Comidas entregadas a domicilio</b>	Usted no paga nada hasta por 14 comidas entregadas a domicilio durante un máximo de 7 días.	Usted es elegible para recibir comidas entregadas a domicilio después de que se le dé de alta de una estancia en el hospital o en instalaciones de enfermería especializada.
<b>Telemedicina</b>	Usted no paga nada.	Disponible solo con los PCP dentro de la red.