



RESUMEN DE BENEFICIOS

Senior Dimensions Southern Nevada (HMO-POS)

H2961-002

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

Gracias por su interés en el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS). Nuestro plan lo ofrece HEALTH PLAN OF NEVADA, INC., una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage, con una opción de puntos de servicio (POS). Este Resumen de Beneficios le informa sobre algunas características de nuestro plan. No lista todos los servicios que cubrimos, ni lista todas las limitantes o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llame a Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Tiene opciones para su atención médica

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Original de Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan médico de Medicare, como el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS). También podría tener otras opciones. Usted elige. Independientemente de su decisión, sigue perteneciendo al Programa Medicare.

Puede hacerse miembro de un plan o dejarlo sólo en ciertos momentos. Por favor llame a Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) al número listado al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir más información. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Puede comparar el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) y el Plan Original de Medicare usando este Resumen de Beneficios. Las tablas en este folleto listan algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, puede ver lo que nuestro plan cubre y lo que el Plan Original de Medicare cubre.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que el Plan Original de Medicare ofrece. También ofrecemos más beneficios, los cuales pueden cambiar de un año a otro.

¿Dónde está disponible el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)?

El área de servicio para este plan incluye: los condados de Clark y Nye, NV. Debe vivir en una de estas áreas para hacerse miembro del plan.

¿Quién es elegible para el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)?

Puede hacerse miembro del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) si tiene derecho a recibir el Medicare Parte A, está inscrito en el Medicare Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con enfermedad renal en etapa terminal generalmente no son

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

elegibles para inscribirse en el Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que se inició su diálisis.

No puede inscribirse en este plan si su empleador o sindicato actual o antiguo (o el empleado o sindicato actual o antiguo de su cónyuge) ayuda a pagarle los medicamentos.

¿Puedo elegir a mis médicos?

Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted puede usar cualquier médico que sea parte de nuestra red. En algunos casos, también puede consultar con médicos fuera de nuestra red. Los proveedores de atención médica en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un Directorio de Proveedores actual o una lista actualizada puede visitando www.seniordimensions.com.

Nuestro número de servicio al cliente se lista al final de esta introducción.

¿Qué sucede si voy con un médico que no está en su red?

Puede consultar con médicos, especialistas u hospitales ya sea dentro o fuera de la red. Podría tener que pagar más por servicios que recibe fuera de la red, y podría tener que seguir reglas especiales antes de recibir servicios dentro y/o fuera de la red. Para recibir más información, por favor llame al número de servicio al cliente indicado al final de esta introducción.

¿Mi plan cubre medicamentos de Medicare Parte B o Parte D?

Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) cubre medicamentos con receta de Medicare de ambas, Parte B y Parte D.

¿Dónde puedo obtener mis recetas si me hago miembro de este plan?

Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) ha formado una red de farmacias. Usted debe usar una farmacia de la red para recibir beneficios del plan. Podríamos no pagar por sus recetas si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en www.seniordimensions.com. Nuestro número de servicio al cliente se encuentra al final de esta introducción.

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

¿Qué es un formulario de medicamentos con receta?

Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) usa un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Periódicamente podemos agregar, eliminar o hacer cambios a los límites de cobertura para ciertos medicamentos, o también cambiar cuánto paga por un medicamento. Si hacemos cualquier cambio al formulario que limita la capacidad de nuestros miembros para surtir sus recetas, notificaremos a los miembros afectados antes de hacer el cambio. Le enviaremos un formulario y también puede ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web www.seniordimensions.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario, o está sujeto a límites o requisitos adicionales, podría obtener un suministro temporal de dicho medicamento. Puede comunicarse con nosotros y solicitar una excepción, o cambiar a un medicamento alternativo listado en nuestro formulario con la ayuda de su médico. Llámenos para verificar si puede obtener un suministro temporal del medicamento, o para recibir más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puede recibir ayuda extra con los costos del plan de medicamentos con receta?

Podría obtener ayuda extra para pagar las primas y costos de sus medicamentos con receta. Para ver si cumple con los requisitos necesarios para obtener ayuda extra, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/los 7 días de la semana.
- La Administración de la Seguridad Social al 1-800-772-1213 de las 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los Planes Medicare Advantage acuerdan mantenerse en el programa durante todo un año. Cada año, los planes deciden si continúan otro año. Incluso si un Plan Medicare Advantage deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, éste debe enviarle una carta al menos 60 días antes que finalice su cobertura. La carta explicará sus opciones de cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de Dimensions Southern Nevada plan (HMOPPO), tiene el derecho de solicitar una determinación de organización, la cual incluye el derecho de interponer una apelación si rechazamos cobertura por un artículo o servicio, así como el derecho de interponer una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de organización si desea que proporcionemos o

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

paguemos un artículo o servicio que cree debe cubrirse. Si rechazamos cubrir su artículo o servicio solicitado, tiene el derecho de apelar y solicitarnos que evaluemos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación o apelación de cobertura de forma expedita (rápida) si cree que el esperar una decisión podría poner su vida o salud en riesgo, o afectar su capacidad de recuperar una máxima funcionalidad. Si su médico hace o respalda la solicitud expedita, debemos expeditar nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de interponer una queja ante nosotros si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red que no involucre la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema involucra la calidad del servicio, también tiene el derecho de interponer una queja con la Organización de Mejora en la Calidad (QIO) de su estado: HealthInsight, 702-385-9933 u 800-748-6773.

Como miembro de Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS), tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de interponer una apelación si rechazamos la cobertura de un medicamento con receta, así como el derecho de interponer una queja. Tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento Parte D que cree debe cubrirse. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos bajo cobertura, o si cree que debe obtener un medicamento no preferencial a un costo más bajo de bolsillo. También puede solicitar una excepción a las reglas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar surtir su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración para respaldar su solicitud de excepción. Si rechazamos cubrir su(s) medicamento(s) con receta, tiene el derecho de apelar y solicitarnos que evaluemos nuestra decisión. Finalmente, tiene el derecho de interponer una queja si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red que no afecte la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema afecta la calidad del servicio, también tiene el derecho de interponer una queja con la Organización de Mejora en la Calidad (QIO) de su estado: HealthInsight, 702-385-9933 u 800-748-6773.

¿Qué es un Programa de Control de Terapia con Medicamentos (MTM)?

Un Programa de Control de Terapia con Medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que podríamos ofrecer. Se le podría invitar a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede decidir no participar, pero se recomienda que aproveche totalmente este servicio cubierto si se le selecciona. Comuníquese con Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) para más información.

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

¿Qué tipos de medicamentos pueden cubrirse bajo el Medicare Parte B?

Algunos medicamentos con receta para pacientes ambulatorios pueden cubrirse bajo el Medicare Parte B. Estos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) para más información.

- Algunos antígenos: si los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para la osteoporosis: medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (epoetin alfa o Epogen®): por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para hemofílicos: factores de coagulación auto-administrados si padece hemofilia.
- Medicamentos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados como servicio médico.
- Medicamentos inmunosupresores: terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes si el trasplante lo pagó Medicare o un seguro particular como pagador primario de su cobertura Medicare Parte A, en una institución certificada por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales anti-náusea: si usted parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer.
- Medicamentos de inhalación e infusión proporcionados como DME (Equipo Médico Duradero).

Calificaciones de los planes

El programa Medicare califica qué tan bien los planes se desempeñan en diferentes categorías (por ejemplo, detectar y prevenir enfermedades, calificaciones de pacientes y servicio al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas en línea en www.medicare.gov y seleccionar “Compare Medicare Prescription Drug Plans” o “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente al (702)-242-7301 o al (800)-650-6232 para obtener una copia de las calificaciones de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al (800) -349-3538

Introducción al resumen de beneficios del Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)

**1° de enero de 2010 – 31 de diciembre de 2010
Condados Clark y Nye**

Por favor llame a Health Plan of Nevada, Inc. para obtener más información sobre Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS).

Visítenos en www.seniordimensions.com o llámenos:

Horario de servicio al cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico

Los miembros actuales deben llamar al número gratuito (800) -650-6232 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.
(TTY/TDD) (800) -349-3538)

Los futuros miembros deben llamar al número gratuito (800) -274-6648 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.
(TTY/TDD) (800) -349-3538)

Los miembros actuales deben llamar al número local (702) -242-7301 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y el programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.
(TTY/TDD) (702) -242-9214)

Los futuros miembros deben llamar al número local (702) -821-2300 para preguntas relacionadas con el Programa Medicare Advantage y al programa de Medicamentos con Receta de Medicare Parte D.
(TTY/TDD) (702) -242-9214)

Para recibir más información sobre Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite la página web www.medicare.gov.

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

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
-------------------------	-------------------	--

INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – Prima y otra información importante</p>	<p>En 2010, la prima mensual de la Parte B es de \$96.40, y el deducible anual de la Parte B es de \$155.</p> <p>La mayoría de las personas pagan la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, a partir del 1° de enero de 2010, algunas personas pagarán una prima más alta debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para recibir más información sobre las primas Parte B basadas en ingresos, llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>Prima mensual del plan de \$0, además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>Dentro de la red Límite de \$3,000 en gastos de bolsillo.</p> <p>No hay límite en la contribución de costos para los siguientes servicios:</p> <p>Servicios de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas al consultorio médico - Servicios quiroprácticos - Servicios podiátricos - Atención médica mental ambulatoria - Atención ambulatoria de abuso de sustancias - Servicios dentales - Servicios de audición - Servicios para la vista - Otra atención médica profesional <p>Este límite incluye sólo servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>2 – Elección del médico y hospital (para más información, ver Emergencias - #15 y Atención de Urgencia - #16.)</p>	<p>Puede consultar con cualquier médico, especialista u hospital que acepta Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Se requiere una derivación para especialistas y hospitales de la red (para ciertos beneficios).</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
--------------------------------	--------------------------	---

RESUMEN DE BENEFICIOS		
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
<p>3 – Atención a pacientes hospitalizados (incluye abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada periodo⁽³⁾ de beneficio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 - 60: deducible de \$1,100 • Días 61 - 90: \$275 al día • Días 91 - 150: \$550 por cada día de reserva de por vida.⁽⁴⁾ <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir información sobre los días de reserva de por vida.⁽⁴⁾</p>	<p>Dentro de la red Por hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 - 5: \$100 de copago al día Días 6 - 90: \$0 de copago al día</p> <p>\$0 de copago por días adicionales de hospitalización</p> <p>No hay límite en el número de días cubiertos por el plan en cada periodo de beneficio.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que usted va a ser hospitalizado.</p>
<p>4 – Atención médica mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>El mismo deducible y copago que la atención a pacientes hospitalizados (ver “Atención a Pacientes Hospitalizados” arriba).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la red Por hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 - 5: \$100 de copago al día Días 6 - 90: \$0 de copago al día</p> <p>Usted recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico durante toda su vida.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que usted va a ser hospitalizado.</p>

³ El “periodo de beneficios” se inicia el día que ingresa a un hospital o a una institución de enfermería especializada. Finaliza cuando usted pasa más de 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después que un periodo de beneficios ha finalizado, entonces se inicia un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización en cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.

⁴ Los días de reserva sólo pueden usarse una vez.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
<p>5 – Institución de enfermería especializada (una institución de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>En 2010, las cantidades para cada periodo⁽³⁾ de beneficio, después de una estadía hospitalaria cubierta de al menos 3 días, son: Días 1 - 20: \$0 al día Días 21 - 100: \$137.50 al día</p> <p>100 días por cada periodo de beneficios⁽³⁾.</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Por estadías en una SNF cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 - 10: \$0 de copago al día Días 11 - 100: \$50 de copago al día</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada periodo de beneficio.</p>
<p>6 – Atención médica en el hogar (incluye atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 por consultas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare.</p>
<p>7 – Centro para enfermos desahuciados</p>	<p>Usted paga parte del costo por los medicamentos del paciente ambulatorio y por la atención de relevo del paciente hospitalizado.</p> <p>Debe recibir atención médica de un centro para enfermos desahuciados certificado por Medicare.</p>	<p>General Debe recibir atención médica de un centro para enfermos desahuciados certificado por Medicare.</p>

³ Un “periodo de beneficios” inicia el día que ingresa a un hospital o a una institución de enfermería especializada. Finaliza cuando usted pasa más de 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa al hospital después que un periodo de beneficios ha finalizado, entonces inicia un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización en cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
-------------------------	-------------------	--

ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
8 – Visitas al consultorio médico	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾	<p>General Ver “Exámenes físicos” para más información.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$10 en cada consulta de atención primaria por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 en cada consulta de urgencia cubierta por Medicare, dentro del área y de la red.</p> <p>Copago de \$20 en cada consulta con un especialista por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
9 – Servicios de un quiropráctico	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>Seguro compartido del 20% por la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otro proveedor calificado.⁽¹⁾⁽²⁾</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$20 por consultas cubiertas por Medicare.</p> <p>Las consultas con un quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo) si la recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
10 – Servicios podiátricos	No se cubre la atención de rutina.	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	Seguro compartido del 20% por cuidados de los pies médicamente necesarios, incluyendo atención por condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. ⁽¹⁾ ⁽²⁾	<p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Copago de \$20 en cada consulta cubierta por Medicare. ● Copago de \$20 por hasta 4 consultas de rutina cada año. ● Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para cuidados de los pies médicamente necesarios. <p>(Ver la página 37 para más información sobre Servicios de Podiatría.)</p>
11 – Atención médica mental ambulatoria	Seguro compartido del 45% para la mayoría de los servicios ambulatorios de salud mental. ⁽¹⁾ ⁽²⁾	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$10 en cada consulta individual o terapia grupal cubiertas por Medicare.</p>
12 – Atención ambulatoria para abuso de sustancias	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾ ⁽²⁾	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$10 por consultas individuales o de grupo cubiertas por Medicare.</p>
13 – Servicios/cirugía ambulatoria	Seguro compartido del 20% por el médico. ⁽¹⁾ ⁽²⁾ 20% de cargos de la institución por servicios ambulatorios. ⁽¹⁾ ⁽²⁾	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$70 en cada consulta en el centro quirúrgico cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$100 en cada consulta</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.
14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Seguro compartido del 20%. ^{(1) (2)}	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 20% del costo por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
15 – Atención de emergencia (puede ir a cualquier sala de emergencias si razonablemente cree que necesita atención de emergencia.)	<p>Seguro compartido del 20% por el médico.^{(1) (2)}</p> <p>20% de cargos de la institución, un copago establecido por cada visita a la sala de emergencias.^{(1) (2)}</p> <p>No necesita pagar el copago de la sala de emergencias si se le interna en el hospital debido a la misma condición hasta 3 días después de visitar la sala de emergencias.^{(1) (2)}</p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>General Copago de \$50 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura alrededor del mundo.</p>
16 – Atención necesaria urgentemente (NO es atención de emergencia, y en la mayoría de los casos, es fuera del área de servicio.)	<p>Seguro compartido del 20%, o un copago establecido.^{(1) (2)}</p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p>General 20% del costo por consultas de atención necesaria urgentemente cubiertas por Medicare.</p>
17 – Servicios de rehabilitación ambulatorios (terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje y	Seguro compartido del 20%. ^{(1) (2)}	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
el habla)		<p>Dentro de la red Copago de \$10 por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por consultas de terapia física y/o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS		
18 – Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 0 al 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>(Ver la página 38 para información adicional sobre equipo médico duradero.)</p>
19 – Prótesis (incluye soportes ortopédicos, miembros y ojos artificiales, etc.)	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
20 – Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, evaluaciones y capacitación para auto-administración)	<p>Seguro compartido del 20%.⁽¹⁾⁽²⁾</p> <p>La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y las remite un médico. Estos servicios puede proporcionarlos un</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$10 a \$20 por capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p>Copago de \$10 a \$20 por terapia nutricional para la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 a \$10 por suministros</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	nutriólogo registrado o incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarlo a controlar su diabetes o enfermedad renal.	para la diabetes. (Ver la página 38 para información adicional sobre capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros.)
21 – Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología	<p>Seguro compartido del 20% por pruebas de diagnóstico y rayos X.⁽¹⁾⁽²⁾</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.⁽¹⁾⁽²⁾</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios de laboratorio médicamente necesarios para diagnósticos, ordenados por su médico, cuando los proporciona un laboratorio certificado por las Enmiendas para Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA) y que participa en Medicare. Los servicios de laboratorio para diagnósticos se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o eliminar una posible enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de las evaluaciones de rutina, como la medición del colesterol.</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Copago de \$5 (o 50% del costo) por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. ● Copago de \$5 a \$50 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. ● Copago de \$5 por servicios de rayos X cubiertos por Medicare. ● Copago de \$5 a \$200 por servicios de radiología para diagnóstico cubiertos por Medicare. ● 20% del costo de servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. <p>(Ver la página 38 para información adicional sobre pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.)</p>
SERVICIOS PREVENTIVOS		
22 – Medición de densidad ósea	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾	General Pueden aplicarse reglas de

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
(para personas con Medicare que no están en riesgo)	Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es medicamento necesario) si cumple con ciertas condiciones médicas.	autorización. Dentro de la red Copago de \$0 por mediciones de densidad ósea cubiertas por Medicare.
23 – Exámenes para evaluaciones colorectales (para personas a partir de los 50 años con Medicare)	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾ Se cubre cuando está en un alto riesgo o a partir de los 50 años.	General Pueden aplicarse reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$5 a \$100 por evaluaciones colorectales cubiertas por Medicare. Puede aplicar un copago de \$10 como contribución al costo por una consulta por separado. (Ver la página 39 para información adicional sobre los exámenes para evaluaciones colorectales.)
24 – Inmunizaciones (vacuna contra la gripa, vacuna contra la hepatitis B: para personas con Medicare que están riesgo, vacuna contra neumonía)	Copago de \$0 por vacunas contra la gripa y neumonía. ⁽¹⁾⁽²⁾ Seguro compartido del 20% por la vacuna contra la hepatitis B. ⁽¹⁾⁽²⁾ Podría necesitar la vacuna contra la neumonía sólo una vez en toda su vida. Llame a su médico para solicitar más información.	General Pueden aplicarse reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 por vacunas contra la gripa y neumonía. Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B. No se necesita una derivación para recibir las vacunas contra la gripa y neumonía.
25- Mamografías (evaluaciones anuales) (para mujeres a partir de los 40 años con Medicare)	Seguro compartido del 20%. ⁽¹⁾⁽²⁾ No se necesita una	Dentro de la red Copago de \$0 por mamografías de evaluación cubiertas por Medicare.

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	<p>derivación.</p> <p>Se cubre una vez al año para todas las mujeres a partir de los 40 años con Medicare. Se cubre una mamografía de referencia para las mujeres de 35 a 39 años con Medicare.</p>	
<p>26 – Papanicolaou y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare)</p>	<p>Copago de \$0 por Papanicolaou.</p> <p>Se cubre una vez cada 2 años. Se cubre una vez al año para mujeres con Medicare y en un alto riesgo.⁽²⁾</p> <p>Seguro compartido del 20% para exámenes pélvicos.⁽²⁾</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare. - hasta un Papanicolaou y examen pélvico adicional al año.</p>
<p>27 – Exámenes de evaluación para cáncer de próstata (para hombres a partir de los 50 años con Medicare)</p>	<p>Seguro compartido del 20% para examen rectal digital.⁽²⁾</p> <p>\$0 para la prueba PSA; seguro compartido del 20% por otros servicios relacionados.⁽²⁾</p> <p>Se cubre una vez al año para todos los hombres a partir de los 50 años con Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por evaluaciones de cáncer de próstata cubiertas por Medicare.</p>
<p>28 – Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>Seguro compartido del 20% para diálisis renal.⁽¹⁾ ⁽²⁾</p> <p>Seguro compartido del 20% para terapia</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 20% del costo de diálisis renal

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	<p>nutricional para enfermedad renal en etapa terminal.⁽¹⁾⁽²⁾</p> <p>La terapia nutricional es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o no han recibido un trasplante de riñón) y las remite un médico. Estos servicios puede proporcionarlos un nutriólogo registrado o incluir una evaluación nutricional y terapia para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 a \$20 por terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal. <p>(Ver la página 39 para información adicional sobre enfermedad renal en etapa terminal.)</p>
29 – Medicamentos con receta	<p>La mayoría de los medicamentos no los cubre el plan Medicare Original. Puede agregar una cobertura de medicamentos con receta al Medicare Original al unirse hacerse miembro de un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos con receta, al hacerse miembro de un Plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare Cost que ofrecen cobertura para medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo el Medicare Parte B</p> <p>General 20% del costo de medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B, y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p>
		<p>Medicamentos cubiertos bajo el Medicare Parte D</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>General</p> <p>Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio web www.seniordimensions.com.</p> <p>Pueden aplicarse diferentes gastos de bolsillo a personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tiene ingresos limitados, -viven en instalaciones de atención a largo plazo, o -tiene acceso a servicios para indios americanos/tribus/urbanos (Servicio de Salud para Indios Americanos). <p>Su cobertura de recetas dentro de la red está limitada al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera de su área de servicio, podría tener que pagar el costo total de su receta. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los obtiene en una farmacia fuera de la red, aunque podría tener que pagar cargos adicionales. Comuníquese con el plan para recibir más información.</p> <p>Los costos totales de medicamentos son los costos totales pagados tanto por usted, como por el plan.</p> <p>El plan puede requerirle que primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para dicha condición.</p> <p>Algunos medicamentos son de cantidad limitada.</p> <p>Su proveedor debe obtener una autorización previa de Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) para ciertos medicamentos.</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Debe ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos debido a requisitos para estos medicamentos que no pueden satisfacer la mayoría de las farmacias en nuestra red, como control especial, coordinación del proveedor o educación del paciente. Estos medicamentos están listados en el sitio web del plan, formulario y materiales impresos, así como en la Guía de Planes de Medicamentos con Receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es más bajo que la contribución normal de costos para dicho medicamento, usted pagará el costo real, no la cantidad más alta de la contribución de costos.</p> <p>Si solicita una excepción al formulario para un medicamento, y Senior Dimensions Southern Nevada (HMO-POS) aprueba la excepción, usted pagará la contribución no preferencial del costo de dicho medicamento.</p>
		<p>Dentro de la red Deducible de \$0.</p> <p>Algunos medicamentos bajo cobertura no se contabilizan como gastos de bolsillo.</p>
		<p>Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$2,830:</p>
		<p>Farmacia tradicional</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días)</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>en esta categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$18 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría <p>Marca preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría - Copago de \$105 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría <p>No preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría <p>Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría <p>Cobertura especial – genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría <p>Cobertura especial – de marca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría
		<p>Farmacia de atención a largo plazo</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Marca preferencial - Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p> <p>No preferencial - Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p> <p>Especializados - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – genéricos - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – de marca- Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (31 días) en esta categoría</p>
		<p>Farmacia de servicio por correo</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$12 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p> <p>Marca preferencial - Copago de \$70 por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p> <p>Especializados - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para tres meses (90 días) en esta categoría</p>
		<p>Lapso de cobertura</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>El Plan cubre muchos genéricos (65%-99% de los medicamentos genéricos en el formulario) Y algunas marcas (10%-64% de los medicamentos de marca en el formulario) a través del lapso de cobertura.</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p>
		<p>Farmacia tradicional</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$6 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría - Copago de \$18 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos en esta categoría <p>Marca preferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$35 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría - Copago de \$105 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría <p>Cobertura especial – genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$6 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría
		<p>Farmacia de atención a largo plazo</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copago de \$6 por un suministro para un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Marca preferencial - Copago de \$35 por un suministro para un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – genéricos - Copago de \$6 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p>
		<p>Farmacia de servicio por correo</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$12 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p> <p>Marca preferencial - Copago de \$70 por un suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p>
		<p>Para todos los otros medicamentos bajo cobertura, después que sus costos totales alcancen \$2,830, usted paga el 100% hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen \$6,440.</p>
		<p>Cobertura catastrófica</p> <p>Después que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$6,440, usted paga la cantidad más alta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y - \$6.30 por todos los otros medicamentos, o - Un seguro compartido del 5 %.
		<p>Fuera de la red</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Los medicamentos del plan pueden cubrirse en circunstancias especiales, por ejemplo, enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Podría tener que pagar más que su cantidad de contribución normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir un reembolso de Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS).</p>
		<p>Cobertura inicial fuera de la red</p> <p>Se le reembolsará hasta el costo total de los medicamentos, menos lo siguiente por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,830:</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Marca preferencial - Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>No preferencial - Copago de \$85 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Especializados - Seguro compartido del 33% por un suministro de medicamentos para un</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – genéricos - Copago de \$6 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – de marca - Copago de \$35 por un suministro de medicamentos para un mes (30 días) en esta categoría</p>
		<p>Lapso de cobertura fuera de la red</p> <p>Se le reembolsará por estos medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo total del medicamento, menos lo siguiente:</p> <p>Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento - Copago de \$6 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p> <p>Marca preferencial - Copago de \$35 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p> <p>No preferencial - Después que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$2,830, usted pagará el 100% del cargo total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los gastos anuales de bolsillo alcancen los \$6,440. Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) no le reembolsará las compras fuera de la red mientras esté en el lapso de cobertura. Sin embargo, aún debe enviar la documentación a</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) para poder agregar las cantidades que pague fuera de la red a los gastos totales de bolsillo durante el año.</p> <p>Especializados - Después que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$2,830, usted pagará el 100% del cargo total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los gastos anuales de bolsillo alcancen los \$6,440. Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) no le reembolsará las compras fuera de la red mientras esté en el lapso de cobertura. Sin embargo, aún debe enviar la documentación a Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) para poder agregar las cantidades que paga fuera de la red a los gastos totales de bolsillo durante el año.</p> <p>Cobertura especial – genéricos - Copago de \$6 por un suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en esta categoría</p> <p>Cobertura especial – de marca - Después que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$2,830, usted pagará el 100% del cargo total de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que los gastos anuales de bolsillo alcancen los \$6,440. Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS) no le reembolsará las compras fuera de la red mientras esté en el lapso de cobertura.</p>
		<p>Cobertura catastrófica fuera de la red</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Después que sus costos anuales alcanzan los \$6,440, se le reembolsa por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo total de los medicamentos, menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \$2.50 por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y - Copago de \$6.30 para todos los otros medicamentos, o - Un seguro compartido del 5 %. <p>(Ver las páginas 39 y 40 para información adicional sobre medicamentos con receta.)</p>
30 – Servicios dentales	No se cubren los servicios dentales preventivos (como la limpieza).	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red En general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como la limpieza).</p> <p>Copago de \$20 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
31 – Servicios de audición	<p>No se cubren los exámenes de audición de rutina ni audífonos.</p> <p>Seguro compartido del 20% para exámenes de diagnóstico auditivo.⁽¹⁾⁽²⁾</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red En general, no se cubren los exámenes de audición de rutina ni audífonos.</p> <p>Copago de \$20 por exámenes de diagnóstico auditivo cubiertos por Medicare.</p>
32 – Servicios para la vista	Seguro compartido del 20% para el diagnóstico y	<p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 20% del costo de un par de

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	<p>tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.⁽¹⁾ (2)</p> <p>No se cubren los exámenes de rutina de la vista ni anteojos.</p> <p>Medicare paga una parte de los anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Las evaluaciones anuales de glaucoma se cubren para las personas en riesgo.⁽¹⁾⁽²⁾</p>	<p>anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Copago de \$20 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos. ● Copago de \$20 por hasta 1 examen de la vista de rutina cada año. ● 0% del costo de hasta 1 par de anteojos cada dos años. ● Límite de \$30 para anteojos (lentes y armazón) cada dos años. <p>(Ver la página 40 para más información sobre Servicios de la Vista.)</p>
33 – Exámenes físicos	<p>Seguro compartido del 20% por un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B de Medicare.⁽¹⁾⁽²⁾</p> <p>Cuando obtiene el Medicare Parte B, puede recibir un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Parte B. La cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$10 por exámenes de rutina.</p> <p>No hay límite en el número de exámenes cubiertos.</p> <p>Copago de \$10 por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
Educación de salud y bienestar	<p>Para dejar de fumar: se cubre si recibe dicha orden del médico. Incluye dos periodos de terapia en un periodo de 12 meses si se le diagnostica una enfermedad relacionada con el tabaco, o si está</p>	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Este plan cubre los siguientes beneficios de educación de salud/bienestar:</p>

¹ Cada año, usted paga un total de un deducible de \$155.

² Si un médico o proveedor no acepta la asignación, sus costos usualmente son más altos, lo que significa que usted paga más.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
	<p>tomando medicamentos que el tabaco puede afectar. Cada periodo de terapia incluye hasta cuatro consultas personales. Usted paga un seguro compartido y se aplica el deducible de la Parte B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Materiales educativos de salud escritos, incluyendo boletines ● Capacitación nutricional ● Programa adicional para dejar de fumar ● Membrecía en un gimnasio/clases de acondicionamiento físico ● Línea telefónica de enfermería ● Otros beneficios para su bienestar <p>Pueden aplicarse copagos para estos beneficios.</p> <p>Copago de \$35 a \$60 por cada sesión de terapia para dejar de fumar cubierta por Medicare.</p> <p>(Ver la página 41 para información adicional sobre educación de salud/bienestar.)</p>
Transportación (de rutina)	No se cubre.	<p>Dentro de la red Este plan no cubre transportación de rutina</p>
Acupuntura	No se cubre.	<p>Dentro de la red Este plan no cubre acupuntura.</p>
Puntos de servicio	Puede consultar con cualquier médico, especialista u hospital que acepta Medicare.	<p>General Pueden aplicarse reglas de autorización.</p> <p>Fuera de la red La cobertura de puntos de servicio está disponible para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes hospitalizados - Atención médica mental para pacientes internos - Centro de enfermería especializada - Cuidado de la salud en el hogar - Visitas al consultorio médico - Servicios quiroprácticos - Servicios podiátricos - Atención médica mental ambulatoria - Atención ambulatoria de abuso de sustancias - Servicios/cirugía ambulatoria

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de ambulancia - Servicios de rehabilitación ambulatorios - Equipo médico duradero - Prótesis - Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros - Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología - Medición de densidad ósea - Exámenes para evaluaciones colorectales - Inmunizaciones - Mamografías (evaluaciones anuales) - Papanicolaou y exámenes pélvicos - Exámenes de evaluación para cáncer de próstata - Servicios dentales - Servicios de audición - Servicios para la vista - Exámenes físicos - Institución de rehabilitación ambulatoria comprensiva (CORF) - Hospitalización parcial - Otros servicios profesionales de atención médica - Servicios de radiología para diagnóstico - Servicios de radiología terapéutica - Rayos X para pacientes ambulatorios - Servicios de rehabilitación cardíaca - Sangre para pacientes ambulatorios - Terapia nutricional para diabetes y enfermedad renal <p>Límite de \$5,000 cada año por los siguientes beneficios POS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes hospitalizados - Atención médica mental para pacientes internos - Centro de enfermería especializada - Cuidado de la salud en el hogar - Visitas al consultorio médico

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<ul style="list-style-type: none"> - Servicios quiroprácticos - Servicios podiátricos - Atención médica mental ambulatoria - Atención ambulatoria de abuso de sustancias - Servicios/cirugía ambulatoria - Servicios de ambulancia - Servicios de rehabilitación ambulatorios - Equipo médico duradero - Prótesis - Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros - Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología - Medición de densidad ósea - Exámenes para evaluaciones colorectales - Inmunizaciones - Mamografías (evaluaciones anuales) - Papanicolaou y exámenes pélvicos - Exámenes de evaluación para cáncer de próstata - Servicios dentales - Servicios de audición - Servicios para la vista - Exámenes físicos - Institución de rehabilitación ambulatoria comprensiva (CORF) - Hospitalización parcial - Otros servicios profesionales de atención médica - Servicios de radiología para diagnóstico - Servicios de radiología terapéutica - Rayos X para pacientes ambulatorios - Servicios de rehabilitación cardíaca - Sangre para pacientes ambulatorios - Terapia nutricional para diabetes y enfermedad renal <p>Por hospitalizaciones:</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<p>Días 1-5: \$275 de copago al día Días 6-90: \$0 de copago al día</p> <p>Por hospitalizaciones psiquiátricas:</p> <p>Días 1-5: \$275 de copago al día Días 6-90: \$0 de copago al día</p> <p>20% del costo por cada estadía en una SNF.</p> <p>20% del costo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de la salud en el hogar - Servicios/cirugía ambulatoria - Servicios de ambulancia - Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros - Medición de densidad ósea - Exámenes para evaluaciones colorectales - Inmunizaciones - Mamografías (evaluaciones anuales) - Servicios para la vista - CORF - Hospitalización parcial - Sangre para pacientes ambulatorios <p>Copago de \$35 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas al consultorio médico - Servicios quiroprácticos - Servicios podiátricos - Atención médica mental ambulatoria - Atención ambulatoria de abuso de sustancias - Servicios de rehabilitación ambulatorios - Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia nutricional y suministros - Exámenes para evaluaciones colorectales - Papanicolaou y exámenes pélvicos - Exámenes de evaluación para cáncer de próstata

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Categoría de beneficios	Medicare Original	Senior Dimensions Southern Nevada Plan (HMO-POS)
		<ul style="list-style-type: none"> - Servicios dentales - Servicios de audición - Servicios para la vista - Exámenes físicos - Otros servicios profesionales de atención médica - Servicios de rehabilitación cardiaca - Terapia nutricional para diabetes y enfermedad renal <p>30% del costo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo médico duradero - Prótesis - Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología - Exámenes para evaluaciones colorectales - Servicios de radiología para diagnóstico - Servicios de radiología terapéutica - Rayos X para pacientes ambulatorios <p>50% del costo de:</p> <p>Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p> <p>(Ver las páginas 42 y 43 para más información sobre Puntos de Servicio.)</p>

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Las ventajas de ser un miembro de Senior Dimensions

Tiene su propio equipo de asistentes personales

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su plan o beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Se le comunicará con un asistente personal. Esta persona puede encontrar respuestas a sus preguntas sobre solicitudes, ayudarle a seleccionar un médico, ayudar con los recursos comunitarios, así como ayudarle de cualquier forma posible con sus beneficios y servicios de Senior Dimensions.

Puede llamar a su asistente personal al (702) 242-7301 o al (800) 650-6232, TTY: (702) 242-9214 u (800) 349-3538):

- Del 15 de noviembre de 2009 al 1° de marzo de 2010, los 7 días de la semana de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m.
- Del 2 de marzo de 2010 al 14 de noviembre de 2010, de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m.

Las llamadas en sábado, domingo y días festivos las contestará nuestro sistema telefónico automatizado (en el que puede dejar un mensaje detallado y un representante le devolverá la llamada en cuanto sea posible).

Si usted habla español y necesita ayuda con este formulario, o tiene alguna pregunta acerca de su cobertura con Senior Dimensions, tenemos representantes disponibles para asistirle. Puede llamarnos a servicio al cliente de Senior Dimensions al (702) 242-7301 u (800) 650-6232 (TTY/TDD: (702) 242-9214 u (800) 349-3538):

- Del 15 de noviembre de 2009 al 1° de marzo de 2010, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Del 2 de marzo de 2010 al 14 de noviembre de 2010, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Las llamadas recibidas los sábados, domingos y los días festivos serán contestadas por nuestro sistema telefónico automatizado (donde usted podrá dejar un mensaje detallado, y un representante le devolverá la llamada lo más pronto posible.)

Información adicional

A menos que se indique de otra manera, esta Información Adicional corresponde a servicios obtenidos de proveedores del plan. Por favor refiérase a la tabla Beneficios de Puntos de servicio para información adicional con respecto a sus beneficios de Puntos de servicio.

Prima y otra información importante

Todas las contribuciones por visitas al consultorio se excluyen del máximo anual de gastos de bolsillo.

Servicios podiátricos

- Podiatría rutinaria es el tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, p. ej. cortar o remover durezas, verrugas, callos o uñas. Se permiten hasta 4 consultas pediátricas al año cuidados de rutina de los pies.
- Podiatría no rutinaria son condiciones de los pies y tratamiento de los pies médicamente necesarios y cubiertos por Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Equipo médico duradero

- Copago de \$0/equipo médico duradero, excepto por bombas de insulina y suministros relacionados.
- Seguro compartido del 20%/bombas de insulina y suministros relacionados.

Suministros médicos

No debe haber costos por suministros médicos usados rutinariamente en el transcurso de una consulta médica (como vendas, hisopos, etc.) Sin embargo, hay un seguro compartido del 20% por suministros para los cuales se realiza un cargo apropiado por separado (como agentes químicos usados en ciertos procedimientos de diagnóstico).

Suministros y capacitación para autocontrol de la diabetes

- Capacitación para el autocontrol de la diabetes (una capacitación cubierta por Medicare para ayudarlo a comprender qué es la diabetes y cómo controlarla).
 - Copago de \$10/educación de salud e instructor o PCP de salud y bienestar.
 - Copago de \$20/especialista.
- Suministros Parte B para la diabetes (los suministros Parte B para la diabetes incluyen tiras/agentes para pruebas, lancetas/dispositivos de lancetas y soluciones de glucosa).
 - 0% de copago/suministros Parte B para la diabetes, para hasta 90 días, obtenidos a través del proveedor por correo del Plan.
 - Copago de \$10/suministros Parte B para la diabetes, para 30 días, comprados en una farmacia tradicional del plan.
- Monitores de azúcar en la sangre (glucosa) (un DME disponible a través del proveedor DME del Plan.)
 - Copago de \$0
- Suministros Parte D para la diabetes (los suministros Parte D para la diabetes incluyen insulina, jeringas, agujas, hisopos con alcohol y gasas.) Los suministros Parte D para la diabetes están disponibles en las farmacias de la red y del proveedor del plan por correo de suministros Parte D.)
 - \$6/suministro de 30 días de genéricos preferenciales en una farmacia de la red.
 - \$35/preferenciales de marca para un suministro de 30 días de una farmacia de la red.
 - \$12/genéricos preferenciales para un suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.
 - \$70/preferenciales de marca para un suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.

Si necesita ayuda para hacer un pedido de suministros Parte D para la diabetes a través del correo, por favor llame a su asistente personal antes de hacer su pedido y éste gustosamente le ayudará.

Capacitación nutricional para personas con enfermedad renal en etapa terminal o diabetes

- Copago de \$10/PCP o educación de salud e instructor de salud y bienestar.
- Copago de \$20/especialista.

Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio

- Servicios de laboratorio
 - Copago de \$5/servicios de laboratorio, excepto
 - el 50% del costo sólo por las pruebas genéticas cubiertas por Medicare BRACAnalysis®, COLARIS y COLARIS AP

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

- Rayos X
 - Copago de \$5 por rayos X
- Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de radiología
 - Copago de \$5/procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de radiología sencillos
 - Copago de \$50/procedimientos, pruebas y servicios de radiología complejos, excepto estudios PET, los cuales tienen un copago de \$200
- Radioterapia
 - 20% del costo

Exámenes para evaluaciones colorectales

- Copago de \$10/colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un PCP
- Copago de \$20/colonoscopia o sigmoidoscopia realizada por un especialista
- Copago de \$5/prueba de sangre oculta en materia fecal
- Copago de \$50/enema de bario
- Copago de \$70 de la institución/servicios quirúrgicos ambulatorios
- Copago de \$100 de la institución/servicios hospitalarios ambulatorios

Enfermedad renal en etapa terminal

- 20% del costo por consulta/servicios de diálisis.

Los servicios de diálisis renal fuera del área no requieren autorización previa. Sin embargo, si está viajando fuera del área de servicio o está de vacaciones y va a necesitar servicios de diálisis renal, recomendamos que llame a su asistente personal para ayudarle a programar su atención médica y para ayudar al plan a monitorear su atención.

Medicamentos con receta

Generalmente no se cubren los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera de la red. En circunstancias especiales, *pueden* cubrirse los medicamentos del plan, por ejemplo, enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Probablemente tendrá que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir un reembolso. Por favor, consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Este plan no tiene deducible.

Cobertura inicial:

- Medicamentos genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento (esta categoría incluye todos los medicamentos genéricos preferenciales en nuestro formulario y algunos de marca para mantenimiento):
 - \$6/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
 - \$18/suministro de 90 días de una farmacia de la red.
 - \$12/suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.
- Medicamentos preferenciales de marca:
 - \$35/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
 - \$105/suministro de 90 días de una farmacia de la red.
 - \$70/suministro de 90 días del proveedor por correo del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

- Medicamentos no preferenciales:
 - \$85/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
- Medicamentos especializados:
 - Seguro compartido de 33% (independientemente del suministro o de si se obtuvieron de una farmacia de la red o del proveedor por correo del plan). Ejemplos de medicamentos especializados incluyen Copaxone, Rebif, Humira, Enbrel, Tarceva y Neupogen.

Este plan también incluye cobertura especial por ciertos medicamentos genéricos y de marca normalmente excluidos de la cobertura bajo el Medicare Parte D. Esto incluye cobertura de ciertas benzodiazepinas (tranquilizantes), barbitúricos (sedantes), vitaminas y antitusivos disponibles con receta.

- Cobertura especial – genéricos
 - \$6/suministro de 30 días de una farmacia de la red.
- Cobertura especial – de marca
 - \$35/suministro de 30 días de una farmacia de la red.

Lapso de cobertura (es el periodo cuando sus costos por medicamentos se encuentran entre \$2,830 y \$6,440, el nivel de cobertura catastrófica):

- Cuando sus costos totales anuales alcanzan los \$2,830, el plan cubrirá todos los medicamentos en las siguientes categorías:
 - Genéricos preferenciales/algunos de marca para mantenimiento
 - Marca preferencial
 - Cobertura especial – genéricos

No hay lapso de cobertura para las categorías medicamentos de marca no preferenciales, de especialidad y cobertura especial.

Cobertura catastrófica:

Después que los costos totales anuales (pagados tanto por usted como por el plan) alcancen los \$6.440*, usted paga la cantidad más alta de:

- Copago de \$2.50 (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), y
- \$6.30/todos los otros medicamentos, o
- Un seguro compartido del 5%

*Se incluirán más detalles en la Explicación de Beneficios que se le proporcionará cada mes que acceda a los beneficios de la farmacia.

Los medicamentos cubiertos bajo el Medicare Parte B tienen un seguro compartido del 20%. Los medicamentos Parte B cubiertos por Medicare no se contabilizan para los máximos del Medicare Parte D. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para información adicional con respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Servicios para la vista

- 0% del costo por hasta un par de anteojos cada dos años; sin embargo, hay un límite de \$30 por anteojos o lentes cada dos años.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

Programas de Educación de Salud y Bienestar

La División de Educación de Salud y Bienestar está diseñada para enfocarse tanto en el cuidado preventivo, como en el control de situaciones de salud existentes. Nuestro equipo educativo de salud está compuesto de especialistas certificados en la educación de salud, nutriólogos registrados y educadores de diabetes certificados. Las consultas de grupo e individuales están disponibles en las siguientes oficinas de Southwest Medical Associates. También hay asesorías sobre nutrición médica disponible con un nutriólogo registrado. La inscripción a la clase permite que asistan el inscrito y un cuidado/entrenador/asistente. Para más información e inscripciones, llame al (702) 877-5356, TTY: (800) 349-3538. Los temas de la clase incluyen:

Clases de educación de salud y bienestar (HEW):

- Temas relacionados con la diabetes:
- Capacitación para usar el medidor y un nuevo inicio, incluyendo la consulta de nutrición médica para una dieta para diabéticos (clase de 3 sesiones) - \$20
- Inicio/control de la insulina (clase de 1 sesión) - \$10
- Consultas individuales (incluyendo la consulta de nutrición médica para una dieta para diabéticos) - \$10
- Control de hábitos (clase de 2 sesiones) - \$15
- Nutrición y condición física (clase de 2 sesiones) - \$15
- Embarazo (clase de 2 sesiones) - \$15
- Atención médica preventiva (clase de 2 sesiones) - \$15
- Salud de adultos mayores (clase de 2 sesiones) - \$15

- Salud de mujeres (clase de 2 sesiones) - \$15
- Programa para dejar de fumar - \$35 para personas en la población objetivo/en riesgo, y \$60 para los que no están en la población objetivo/todos los demás (incluye clase obligatoria de orientación para dejar de fumar)
- Control del peso - \$20 para adultos (clase de 3 sesiones), \$15 para adolescentes (clase de 2 sesiones), \$10 para niños (clase de 1 sesión), \$10 para infantes (clase de 1 sesión)
- Consulta de cirugía bariátrica - \$10
- Consultas individuales de nutrición médica (para una dieta renal) - \$10
- Asma (clase de 1 sesión) - \$10
- COPD (clase de 1 sesión) - \$10
- Insuficiencia cardiaca (clase de 1 sesión) - \$10
- Salud del corazón (clase de 3 sesiones) - \$20

Los cargos del programa para dejar de fumar se basan en si la persona pertenece a la población objetivo. La población objetivo se compone de personas con cáncer, COPD, insuficiencia cardiaca, diabetes, embarazadas, asma, desorden bipolar, cardiopatía coronaria, hepatitis C, VIH, derrame cerebral, si una persona es padre con un niño asmático, o si el paciente es un adolescente en la población objetivo. Los pacientes dentro de la población objetivo pagan \$35, lo cual incluye la primera consulta y cualquier número de consultas de seguimiento dentro del periodo de tiempo del programa. Los pacientes fuera de la población objetivo pagan \$60, lo cual incluye la primera consulta y cualquier número de consultas de seguimiento dentro del periodo de tiempo del programa. Está disponible, a través del programa HEW, el suministro de 3 meses de medicamentos para dejar el tabaco sin un copago. Todas las otras personas pueden obtener estos medicamentos con su copago de medicamentos de marca o genéricos, dependiendo del medicamento.

Club Fit for Life

El Club Fit for Life de Senior Dimensions es un beneficio de acondicionamiento físico disponible para los miembros sin ningún costo adicional. Senior Dimensions, el Departamento de Parques y Recreación del Condado de Clark, Henderson, North Las Vegas y la ciudad de Las Vegas, así como

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros

socios en Pahrump, Boulder City y Reno, se han unido para proporcionar a los miembros oportunidades de salud y acondicionamiento físico. Los beneficios incluyen: acceso ilimitado a piscinas cubiertas y al aire libre identificadas para nado libre; uso ilimitado de salas de acondicionamiento; una clase gratuita para adultos mayores/de bajo impacto, o clase de ejercicio acuático cada seis semanas, o continua para aquellas clases que se ofrecen de forma continua. Para más información sobre los programas y las ubicaciones de estas instalaciones, puede llamar a su asistente personal en el (702) 242-7301 u (800) 650-6232, TTY: (800) 349-3538, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Notas importantes con respecto al beneficio de Puntos de servicio (POS):

Refiérase a la Evidencia de Cobertura para más información con respecto a los beneficios de POS y los requisitos previos correspondientes. Sin embargo, algunos puntos importantes para recordar son:

- Los beneficios del POS *sólo* aplican a servicios cubiertos por Medicare (por ejemplo, servicios de audición, de la vista o dentales cubiertos por Medicare).
- Además de los copagos/seguro compartidos, usted también debe pagar la diferencia, si la hay, entre los gastos médicos elegibles (EME) y los cargos facturados por proveedores fuera del plan, o el cargo limitante de Medicare (si el proveedor fuera del plan acepta la asignación de beneficios de Medicare).
- Administrativamente, los servicios POS están “agrupados” de tal forma que todos los servicios relacionados con la autorización de POS están considerados para reembolso bajo los beneficios de POS, independientemente del estado de participación real de la institución u otros proveedores de servicios de apoyo. Esto significa, por ejemplo, que si se recibe la autorización para que un cirujano fuera el plan realice un procedimiento en un hospital dentro del plan, todo el conjunto de servicios relacionados con dicho procedimiento se agrupan bajo la autorización de POS, y están sujetos al deducible y al beneficio máximo del plan.
- Todos los servicios cubiertos están sujetos al beneficio máximo de \$5,000 por año natural. Usted será responsable de todos los costos por servicios del POS que exceden la cantidad máxima de beneficio durante el año natural.
- Los requisitos de autorización previa se aplican a todos los servicios de hospitalización, servicios quirúrgicos ambulatorios, programas de tratamiento y servicios que excedan la cantidad permitida por Medicare.
- Los beneficios de capacitación para auto-monitoreo, terapia nutricional y suministros para la diabetes, se listan en la sección del POS bajo ambas categorías, el 20% del costo y un copago de \$35, ya que todos los servicios profesionales en esta categoría de beneficios están cubiertos en el copago de \$35 y los suministros se cubren al 20%.
- Los beneficios del examen para evaluación colorectal se listan en la sección del POS bajo las categorías del 20% del costo, 30% del costo y un copago de \$35, ya que todos los servicios profesionales en esta categoría de beneficios están cubiertos en el copago de \$35, los servicios de laboratorio para diagnóstico se cubren al 30%, y los servicios ambulatorios del centro quirúrgico/hospital se cubren al 20%.
- Los beneficios de servicios para la vista se listan en la sección del POS bajo ambas categorías, el 20% del costo y un copago de \$35, ya que todos los servicios profesionales en esta categoría de beneficios están cubiertos en el copago de \$35 y los anteojos y lentes se cubren al 20%.
- Los beneficios de pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología se listan en la sección del POS bajo ambas categorías, el 30% del costo y el 50% del costo, ya que todas las pruebas para diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con
Servicios para Miembros

radiología se cubren al 30%, excepto las pruebas genéticas BRACAnalysis®, COLARIS, y COLARIS AP cubiertas por Medicare, las cuales tienen un seguro compartido del 50%.

Senior Dimensions (HMO) es un plan HMO Medicare Advantage (MA) que ofrece Health Plan of Nevada, Inc., una empresa de UnitedHealthcare. Health Plan of Nevada, Inc. es una organización MA con contrato de Medicare. Cualquier persona con Medicare Partes A y B puede solicitar este plan. Los miembros deben continuar pagando las primas de Medicare y usar los proveedores del plan para cuidados de rutina. La cobertura de medicamentos con receta está sujeta a limitaciones.