

A decorative graphic in the top left corner of the blue background. It features a stylized campfire with a flame on the left, and a curved line of stars on the right, connected by small dots. The entire graphic is rendered in a lighter shade of blue.

Resumen de Beneficios Hamaspik Medicare Select 2024

H0034_HMSSB0923_M

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Introducción

Este documento es un resumen de sus beneficios médicos y de medicamentos recetados cubiertos por Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

En este Resumen de Beneficios, obtendrá más información sobre los beneficios cubiertos que ofrece nuestro plan, incluidos los servicios médicos, la cobertura hospitalaria, la atención médica, los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D y servicios adicionales que ofrecemos. Este folleto es un resumen de nuestros servicios cubiertos y no incluye todos los beneficios y limitaciones que cubrimos ni todas las exclusiones.

Su *Evidencia de Cobertura* es su Manual para Miembros que describe *todos* sus beneficios en detalle y las reglas del Plan para obtener estos servicios. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura*. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

También puede encontrar una copia de la Evidencia de Cobertura y otra información sobre Hamaspik Medicare Select en nuestro **sitio web**: www.hamaspik.com.

Nuestros horarios son 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024.

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



¿Quién puede unirse a Hamaspik Medicare Select?

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y tener Medicaid del Estado de Nueva York. También debe vivir en el área de servicio de nuestro plan, que incluye los siguientes condados:

• Albany	• Nassau	• Rockland
• Bronx	• New York (Manhattan)	• Schenectady
• Columbia	• Orange	• Sullivan
• Dutchess	• Putnam	• Ulster
• Greene	• Queens	• Westchester
• Kings (Brooklyn)	• Rensselaer	
• Montgomery	• Richmond (Staten Island)	

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



¿Qué cubrimos?

Hamaspik Medicare Select cubre todo lo que cubre Original Medicare: la Parte A (beneficios hospitalarios) y la Parte B (servicios médicos), además de los medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y beneficios adicionales. Siga leyendo este Resumen de Beneficios para aprender más acerca de los beneficios descritos.

Tenga en cuenta que, cubrimos los medicamentos recetados de la Parte D, como también los medicamentos de la Parte B, por ej., quimioterapia y otros medicamentos administrados por su proveedor. Todos nuestros medicamentos recetados se incluyen en un nivel respectivo de nuestro formulario. El formulario y la *Evidencia de Cobertura* también le mostrarán cuánto cuesta su medicamento. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web, www.hamaspik.com, o puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia.

El plan Hamaspik Medicare Select tiene una amplia red de médicos, hospitales, farmacias y especialistas. Como miembro de nuestro Plan de Necesidades Especiales de Medicare Advantage, debe utilizar proveedores de nuestra red. Si se atiende con un médico o en un centro que no está en la red de nuestro plan, es posible que no cubramos los servicios. Asegúrese de revisar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias para ver si su médico o farmacéutico está incluido en la red.

Salvo en caso de emergencia, los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Hamaspik Medicare Select.

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Información Importante:

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Revise la *Evidencia de Cobertura* para obtener una descripción detallada de todos los servicios cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. Usuarios TTY deben llamar al 711. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Los beneficios, primas, deducibles, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2025.

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Nuestro equipo de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 p.m., a partir del 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024.

Los Servicios para Miembros también contemplan servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés. También puede encontrar este Resumen de Beneficios en otros formatos: con letra grande y en Braille, y en otros idiomas, como español.

ATENCIÓN: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-426-2774. (TTY: 711)

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-426-2774. (TTY: 711)

Hamaspik Medicare Select es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato. Hamaspik Medicare Select es un plan Medicare Advantage patrocinado por Hamaspik, Inc.

Visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com para obtener información adicional sobre Hamaspik Medicare Select. El sitio web contiene más información sobre este plan, así como enlaces a nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias, Formulario, Lista de Medicamentos Cubiertos y la Evidencia de Cobertura.

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos

Las primas, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar según su elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.

Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>¿A cuánto asciende su prima del plan mensual?</i></p>	<p><i>Usted no paga una prima mensual de plan. Debe continuar pagando su prima de la Parte B, en caso de adeudarla.</i></p>
<p><i>¿A cuánto asciende el deducible del plan?</i></p>	<p><i>En 2023, Hamaspik Medicare Select tiene un deducible de plan de \$226. Este monto podría cambiar en 2024. Si llegase a cambiar, le informaremos de antemano cuando sea posible.</i></p> <p><i>Tenga en cuenta que, para los miembros con Medicaid, esta cantidad está cubierta por sus beneficios de Medicaid.</i></p>
<p><i>Su responsabilidad en torno al máximo de desembolso personal</i></p>	<p><i>Tal como ocurre con todos los planes de Medicare, Hamaspik Medicare Select lo protege al tener un límite anual en sus costos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.</i></p> <p><i>Si alcanza el límite de \$8,850 en costos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos. Nosotros nos ocuparemos del costo total por sus servicios durante el resto del año.</i></p>
<p><i>Cobertura Intrahospitalaria</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios.</i></p> <p><i>Dependiendo del nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid en 2023, usted podría pagar</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Cobertura Intrahospitalaria (continuación)</i></p>	<p><i>los siguientes importes por cada período de beneficio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>deducible de \$0 o \$1,600</i> • <i>Días 1-60: \$0 por día</i> • <i>Días 61-90: \$0 o \$400 por día</i> • <i>Días 91 y más allá: \$0 o \$800 por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</i> • <i>Después de todos los días de reserva de vida: Todos los costos</i> <p><i>Estos montos podrían cambiar en 2024. Hamaspik Medicare Select le brindará información actualizada tan pronto como esté disponible.</i></p> <p><i>Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una Instalación de Enfermería Especializada) por 60 días consecutivos.</i></p> <p><i>Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios necesarios de urgencia.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Cobertura Hospitalaria Ambulatoria</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada servicio ambulatorio y servicio de observación ambulatoria cubiertos por Medicare</i></p> <p><i>Los servicios de observación corresponden a servicios ambulatorios sujetos a la determinación de si usted necesita ser ingresado o se le puede dar de alta.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura para servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Cirugía Ambulatoria</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de visitas a un centro quirúrgico ambulatorio o instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Visitas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas)</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por atención primaria, proveedores y especialistas para visitas médicas.</i></p> <p><i>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para servicios médicos. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p data-bbox="228 489 513 558"><i>Servicios de Atención Preventiva</i></p> <p data-bbox="228 1772 391 1871"><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p data-bbox="646 489 1227 632"><i>Usted tiene cobertura para los siguientes servicios de atención preventiva de Medicare. Usted paga 0% por estos servicios.</i></p> <ul data-bbox="646 653 1320 1556" style="list-style-type: none"> • <i>Examen de aneurisma aórtico abdominal</i> • <i>Asesoramiento por abuso de alcohol</i> • <i>Medición de masa muscular</i> • <i>Examen de cáncer de mama (mamografía)</i> • <i>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</i> • <i>Exámenes cardiovasculares</i> • <i>Examen de cáncer vaginal y cervical</i> • <i>Análisis de cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculto fecal, sigmoidoscopia flexible)</i> • <i>Análisis de depresión.</i> • <i>Análisis de diabetes</i> • <i>Análisis de VIH</i> • <i>Servicios de terapia de nutrición médica</i> • <i>Examen de obesidad y asesoría</i> • <i>Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare</i> • <i>Examen de cáncer de próstata (PSA)</i> • <i>Examen y asesoría por infecciones de transmisión sexual</i> • <i>La asesoría de cesación de consumo de tabaco (asesoría para personas sin señales de enfermedad asociada al tabaco)</i> • <i>Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas por Hepatitis B, y vacunas neomocósicas</i> <p data-bbox="646 1598 1232 1703"><i>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato tendrá cobertura.</i></p> <p data-bbox="646 1780 1227 1959"><i>Además, dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por otros servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluidos;</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Atención preventiva (continuación)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis de glaucoma</i> • <i>Capacitación en la autogestión de diabetes</i> • <i>Enema de bario</i> • <i>Exámenes rectales digitales</i> • <i>Electrocardiograma luego de visita de bienvenida</i>
<p><i>Atención de emergencia</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para servicios proporcionados por un proveedor que tenga capacitación en servicios de atención de emergencia, y que sean necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por atención de emergencia y atención de posestabilización, hasta \$100 por visita para atención de emergencia cubierta por Medicare. No se aplica el coaseguro si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a la sala de emergencias.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura de hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



<p><i>Servicios Necesarios de Urgencia</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades médicas, lesiones o condiciones imprevistas no consideradas de emergencia que requieren atención médica inmediata.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro para servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare. La cantidad máxima que pagará es de \$55 por visita.</i></p>
---	---

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Servicios Necesarios de Urgencia (continuación)</i></p>	<p><i>Si ingresa en el hospital con 48 horas de su visita de atención de urgencia, no se aplicará el coaseguro.</i></p> <p><i>Usted tiene cobertura de hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</i></p>
<p><i>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes (incluidos exámenes de diagnóstico y procedimientos, laboratorio, radiología de diagnóstico, y radiografías)</i></p>	<p><i>Usted paga \$0 por exámenes de laboratorio.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por estos servicios cubiertos de Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</i> <i>• Servicios de radiología de diagnóstico</i> <i>• Radiografías</i> <p><i>Algunas pruebas de laboratorio <u>no</u> requieren autorización previa. Se requiere autorización para otros procedimientos de diagnóstico y procedimientos de pruebas genéticas.</i></p>
<p><i>Servicios de audición</i></p>	<p><i>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por exámenes de audición cubiertos por Medicare. Los beneficios de Medicaid pueden cubrir exámenes de audición y audífonos adicionales.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Servicios dentales</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios dentales cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p> <p><i>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no tienen cobertura de Medicare. Estos servicios pueden ser cubiertos por sus beneficios de Medicaid.</i></p>
<p><i>Servicios de vista</i></p>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por beneficios de vista cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</i> • <i>Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año.</i> • <i>Para personas con diabetes, se cubre un análisis para retinopatía diabética una vez al año</i> • <i>Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular</i> <p><i>Además de los servicios cubiertos por Medicare enumerados anteriormente, su cobertura incluye:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un examen ocular de rutina cada dos años.</i> • <i>Un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años. La cobertura se limita a \$200.</i> • <i>Las actualizaciones de anteojos están cubiertas, hasta un límite de beneficio de \$200 cada dos años.</i>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
Servicios de salud mental:	
<p><i>Servicios de salud mental intrahospitalarios</i></p>	<p><i>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental y servicios por abuso de sustancias que requieren una estancia hospitalaria. Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura de hasta 190 días de servicios de hospital psiquiátrico durante su período de vida. El límite de 190 días no aplica para servicios de salud mental intrahospitalarios provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</i></p> <p><i>Dependiendo del nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid en 2023, puede pagar los siguientes importes por cada período de beneficio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>deducible de \$0 o \$1,600</i> • <i>Días 1-60: \$0 por día</i> • <i>Días 61-90: \$0 o \$400 por día</i> • <i>Días 91 y más allá: \$0 o \$800 por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</i> • <i>Después de los días de reserva de vida: Todos los costos</i> <p><i>Estos montos podrían cambiar en 2024. Hamaspik Medicare Select le entregará información actualizada tan pronto como esté disponible.</i></p> <p><i>Usted podría tener cobertura para días psiquiátricos intrahospitalarios de Medicaid.</i></p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización para servicios intrahospitalarios de salud mental.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Servicios de salud mental ambulatorios</i></p>	<p><i>Los Servicios de salud mental ambulatorios cubiertos incluyen servicios proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajo social clínico, enfermero clínico especializado, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</i></p> <p><i>Usted paga 0% o 20% del costo de las visitas y sesiones de terapia individual o grupal cubiertas por Medicare.</i></p> <p><i>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para sesiones grupales e individuales de servicios de especialidad en salud mental. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</i></p>
<p>Otros servicios con cobertura</p>	
<p><i>Servicios de Instalación de Enfermería Especializada</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para servicios rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de manera diaria y constante en una instalación de enfermería especializada.</i></p> <p><i>Una estancia intrahospitalaria previa a la admisión en una residencia de ancianos no es necesaria para que usted reciba la cobertura.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted puede pagar lo siguiente por cada período de beneficio.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
	<p><i>En 2023, los montos que paga son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Días 1 a 20: \$0</i> • <i>Días 21-100: \$0 o \$200 por día</i> • <i>Días 101 y más allá: todos los costos. Estos montos podrían cambiar en 2024. Hamaspik Medicare Select le entregará información actualizada tan pronto como esté disponible.</i> <p><i>Un “período de beneficio” comienza el día en que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando hayan transcurrido 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en el hospital después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<i>Servicios de rehabilitación</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por estos servicios cubiertos de Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia física</i> • <i>Terapia de habla</i> • <i>Terapia ocupacional</i> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>
<i>Servicios de rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y terapia de ejercicio supervisado (SET) para Enfermedad Arterial Periférica (PAD)</i>	<p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por estos servicios cubiertos de Medicare.</i></p> <p><i>Se requiere autorización.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
<p><i>Ambulancia</i></p>	<p><i>Los servicios de ambulancia incluyen servicios de ambulancia por tierra y aire hacia la instalación más adecuada y cercana que pueda ofrecer atención, solo si su condición médica es tal, que otros medios de transporte pudiesen poner su salud en riesgo.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare: No se aplicará el coaseguro si ingresa en un hospital.</i></p> <p><i>Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización.</i></p>
<p><i>Transporte</i></p>	<p><i>El plan no proporciona otros servicios de transporte.</i></p>
<p><i>Medicamentos de la Parte B de Medicare</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Parte B cubierta por Medicare</i> • <i>Medicamentos para tratar la quimioterapia/radiación</i> • <i>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</i> <p><i>Se requiere autorización para medicamentos de quimioterapia. Algunos medicamentos también requieren terapia de pasos.</i></p>
<p><i>Programas de Bienestar</i></p> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>	<p><i>Usted tiene cobertura para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La Línea directa de enfermería de Hamaspik, disponible durante la noche, los fines de semana y feriados, cuando cierran las oficinas de administración de cuidado.</i> • <i>Los Beneficios de Aptitud Física incluyen:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Participación en uno de nuestros gimnasios y centros de fitness con contrato para toda el área de servicio y a nivel nacional.</i>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clases de ejercicios, incluidas clases en vivo en línea y miles de videos en línea. ○ Un kit de fitness para el hogar, desde una selección de rastreadores de fitness portátiles a pesas o equipos de yoga. ○ Sesiones de coaching individuales por teléfono. No hay copago por estos servicios.
<p><i>Productos de salud de venta libre</i></p>	<p><i>Cubrimos un máximo de \$170.00 al mes para productos de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al período subsiguiente.</i></p> <p><i>El beneficio se administra con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan y al solicitar orden por correo.</i></p>
<p><i>Beneficios suplementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Alimentos y productos saludables</i> ● <i>Asistencia con gastos generales</i> 	<p><i>Los miembros elegibles pueden usar \$60.00 por mes de su beneficio de “Producto de venta libre (OTC)” para la compra de alimentos y productos saludables.</i></p> <p><i>Los miembros elegibles pueden usar \$60.00 por mes de su beneficio OTC para cubrir el costo de los servicios del hogar.</i></p> <p><i>Si le han diagnosticado tres o más afecciones crónicas, usted podría ser elegible para estos beneficios. La elegibilidad se determinará en función de la información proporcionada por su(s) médico(s) y su Evaluación Anual de Riesgos para la Salud.</i></p> <p><i>No hay costo para usted por estos servicios.</i></p>

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	
<p><i>Hamaspik Medicare Select cubre sus medicamentos recetados, también conocido como la “Parte D”. Puede obtener sus medicamentos en cualquiera de las miles de farmacias en nuestra red, incluidas las grandes cadenas de farmacias y farmacias independientes. O puede solicitar que sus medicamentos lleguen a su casa. La cobertura incluye una lista de medicamentos (o “formulario”) que incluye medicamentos genéricos y de marca, en todas las categorías de medicamentos cubiertas por Medicare.</i></p> <p>Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado ningún deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p> <p>Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina: usted no pagará más de \$\$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado por su deducible. Tenga en cuenta que, si recibe “ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, usted pagará los montos que se señalan a continuación. (Consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura para obtener más información).</p> <p><i>A continuación, dejamos un resumen de los costos de su cobertura de medicamentos recetados.</i></p>	
<p><i>Etapa de Deducible</i></p>	<p><i>Los miembros con cobertura de Medicaid no pagan un deducible.</i></p> <p><i>Dependiendo de su nivel de ayuda adicional, es posible que deba pagar los primeros \$545 en costos de medicamentos recetados.</i></p>
<p><i>Etapa de Cobertura Inicial:</i></p>	<p><i>Dependiendo de su ingreso y estado institucional, usted pagará uno de los siguientes:</i></p> <p><i>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted pagará:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • copago de \$1.55 o • copago de \$4.50 (continúa en página siguiente)

Hamaspik Medicare Select – Beneficios Cubiertos



Beneficios del plan	Lo que usted paga por servicios
	<p><i>Para medicamentos de marca y todos los demás genéricos, usted pagará:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • copago de \$4.60 o • copago \$11.20 <p><i>(Si no recibe “ayuda adicional”, pagará un coaseguro del 25% para todos los medicamentos).</i></p>
<p><i>Etapa de Brecha de Cobertura</i></p>	<p><i>No se produce una brecha de cobertura en Hamaspik Medicare Select. Una vez que pague un total de \$8,000 por sus medicamentos recetados de Medicare, usted pasa a la etapa de cobertura catastrófica.</i></p>
<p><i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i></p>	<p><i>La etapa de cobertura catastrófica comienza después de que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen los \$8,000. Si alcanza esta etapa, el plan asumirá los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2024). Usted paga \$0 por todos los medicamentos.</i></p>

Servicios cubiertos de Medicaid



Los siguientes servicios tienen la cobertura de sus beneficios de Medicaid. Hamaspik Medicare Select lo ayudará a coordinar sus beneficios, incluidos los servicios que son pagados por Medicaid.

- *El costo compartido de Medicare (incluidos los copagos y deducibles para sus servicios de la Parte A y la Parte B)*
- *Atención de salud mental para pacientes hospitalizados por encima del límite de vida de 190 días*
- *Atención dental*
- *Cuidado de la visión*
- *Exámenes de audición y audífonos (incluidas reparaciones y baterías)*
- *Atención en centro de enfermería especializada, para los días que no tienen cobertura por Medicare,*
incluidos los servicios de atención a largo plazo
- *Servicios de atención de salud a domicilio, incluidos servicios especializados que no tienen cobertura de Medicare*
- *Servicios de atención personal*
- *Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)*
- *Servicios de enfermería privada*
- *Servicios de trabajo social*
- *Transporte no considerado de emergencia (para citas médicas)*
- *Suministros médicos y quirúrgicos adicionales no cubiertos por Medicare*
- *Servicios nutricionales cubiertos por Medicaid*
- *Fórmula entérica y parenteral*
- *Sistemas de respuesta a emergencias personales (PERS)*
- *Programas de atención sanitaria de día para adultos*
- *Programas de salud mental basados en la comunidad y residencia para sujetos con enfermedad mental de gravedad*
- *Programas de tratamiento y mantenimiento con metadona*
- *Programas de tratamiento residencial por consumo de sustancias*
- *Servicios basados en la comunidad y residencia para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo*
- *Terapia observada directamente para personas con tuberculosis*
- *Programas de vida asistida*

Contacte a servicios de miembros si tiene preguntas sobre sus servicios de Medicaid.

Notificación de No Discriminación



Hamaspik Medicare Select cumple con las leyes derechos civiles federales y no discrimina en base a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hamaspik Medicare Select no excluye a las personas o les otorga un trato diferenciado debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Hamaspik Medicare Select:

- *Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificado e información escrita en otros formatos (letras grandes, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).*
- *Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma nativo no sea inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.*

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros llamando al 888-426-2274. Desde el 1 de octubre al

31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usuarios TTY deben llamar al 711.

Si cree que Hamaspik Medicare Select no ha logrado concretar la entrega de estos servicios o ha incurrido en discriminación de alguna manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Servicios para Miembros e indicarles que desea presentar una denuncia. Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare

Select está disponible para ayudarle. También puede enviar su denuncia a:

*Hamaspik Medicare Select
Attn: Grievance and Appeals
58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952*

También puede presentar una demanda de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. Puede presentar una demanda de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar un reclamo por correo o teléfono al:

*U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)*

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: للحصول على مترجم فوري، ليس. إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا
سيقوم شخص ما يتحدث العربية[1-2774-426-888]. هذه خدمة مجانية عليك سوى الاتصال بنا على. بمساعدتك. (TTY 711)

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774] にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)