



Resumen de beneficios 2021

Health Advantage Blue Premier (HMO)

H9699-006

El área de servicio de **Health Advantage Blue Premier (HMO)** incluye los siguientes condados de Arkansas: Cleburne, Conway, Faulkner, Grant, Lonoke, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Van Buren, White y Yell.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de atención al cliente al **1-877-349-9335 (TTY: 711)**.

Explicación de los beneficios

- Consulte la lista completa de beneficios incluida en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), en especial aquellos servicios de rutina por los que consulta a un médico. Visite **www.HAMedicare.com** o llame al **1-877-349-9335 (TTY: 711)** para obtener una copia de la EOC.
 - Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta se encuentran dentro de la red. Si no están incluidos, eso quiere decir que probablemente deberá seleccionar un médico nuevo.
 - Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para surtir cualquier medicamento con receta se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deberá seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos con receta médica.
-

Explicación de normas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
 - Los beneficios, las primas o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2022.
 - Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
-

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”. También puede ver la “Evidencia de Cobertura” de este plan en nuestro sitio web, www.HAMedicare.com.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual actual de “Medicare & You” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse, deberá cumplir con estos requisitos:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra **área de servicio**.

El área de servicio de **Health Advantage Blue Premier (HMO)** incluye los siguientes condados de Arkansas: Cleburne, Conway, Faulkner, Grant, Lonoke, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Van Buren, White y Yell.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no se encuentran en nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

- Puede consultar los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.HAMedicare.com), o bien puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Tiene preguntas? Llámenos.

- Si usted no es un miembro de este plan, llámenos al **1-855-591-9795** (TTY: 711).
 - Si usted es un miembro de este plan, llámenos al **1-877-349-9335** (TTY: 711).
 - Estamos disponibles del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.
 - Del 1.º de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 8.00 p.m., hora del Centro.
 - O también puede visitar nuestro sitio web en www.HAMedicare.com
-



Prima mensual, deducible y límites

Prima mensual del plan \$0

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Deducible médico

Este plan no tiene un deducible.

Deducible de farmacia (Parte D) \$250 para los Niveles 3, 4 y 5.

Máxima responsabilidad de bolsillo \$6,500

Lo máximo que paga de copagos, coaseguro y otros costos por servicios cubiertos durante el año.



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Atención de enfermedades agudas para pacientes hospitalizados \$360 de copago por día para los días 1 a 5.

\$0 de copago por día para los días 6 a 90.

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios

Cirugía ambulatoria en hospital para pacientes ambulatorios: \$285 de copago

Cirugías ambulatorias realizadas en un centro de cirugía ambulatoria: \$275 de copago

\$0 de copago en colonoscopia de diagnóstico.

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Visitas al médico

Proveedor de atención primaria: \$0 de copago

Especialista: \$40 de copago

Telesalud:

- \$0 de copago para proveedor de atención primaria o servicios de urgencia.
- \$0 de copago para visita de salud mental.
- \$40 de copago por especialista

Atención preventiva

Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos sin costo si ve a un proveedor de la red, incluido lo siguiente:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento por abuso de alcohol
- Visita anual de bienestar
- Enemas de bario
- Medición de la masa ósea

- Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Prueba de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Examen digital del recto
- Electrocardiograma
- Prueba de detección de glaucoma
- Prueba de detección del VIH
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Servicios de terapia de nutrición médica
- Programa Medicare Diabetes Prevention
- Asesoramiento y detección de obesidad
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate cancer screenings, PSA)
- Examen médico de rutina
- Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso para la gripe, hepatitis B, antineumocócicas
- Visita preventiva "Welcome to Medicare" (Bienvenido a Medicare) (una vez)

Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Sala de emergencias

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su participación en los costos para atención de emergencia.

\$90 de copago

Servicios de emergencia en todo el mundo:

- **20%** del costo
- Límite anual de **\$15,000**

Servicios de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago para las visitas al consultorio del médico de atención primaria. • \$40 de copago por servicios prestados en un centro de atención de urgencia • \$40 de copago por visitas al consultorio del especialista
------------------------------	--

SERVICIOS Y ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes

Mamografía de diagnóstico: **\$0** de copago

Radiología de diagnóstico – IRM:

- **\$0** de copago para DEXA de diagnóstico
- **\$40** de copago por servicios prestados en un centro de atención de urgencia
- **\$40** de copago por servicios prestados por un especialista o en una clínica de radiología independiente
- **\$285** de copago para servicios de un

centro para pacientes ambulatorios

Servicios de laboratorio para pacientes

ambulatorios: **\$0** de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico:

- **\$0** de copago para servicios preventivos
- **20%** del costo para otros servicios
- **\$0** de copago para espirometría
- **\$0** de copago para estudios del sueño en el hogar

Radiografías:

- **\$0** de copago en el proveedor de atención primaria, centro de atención de urgencia, consultorio del especialista o la sala de emergencia
- **\$25** de copago en un centro para pacientes ambulatorios o independiente

20% del costo para radioterapia

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Servicios para la audición

Exámenes auditivos cubiertos por Medicare: **\$40** de copago

Examen de la audición de rutina:

\$0 de copago para exámenes auditivos de rutina una vez por año

\$0 de copago por ajuste de audífonos/evaluación hasta 3 veces por año

Debe usar a un proveedor de TruHearing.



Servicios auditivos integrales

- Asignación de hasta **\$1,000** para el costo de 2 audífonos no implantables del catálogo TruHearing y 3 años de garantía.
- Debe usar a un proveedor de TruHearing.

Servicios dentales

- Servicios dentales cubiertos por Medicare: **20%** del costo

Servicios dentales de rutina: Examen bucal integral: **\$0** de copago para una evaluación bucal integral, 1.0 de por vida por dentista

- Examen bucal: **\$0** de copago (hasta 2 por año)

Profilaxis (limpiezas): **\$0** de copago (hasta 2 por año)

- Radiografías: **\$0** de copago (los límites varían según el servicio)



Beneficios dentales integrales

Beneficio máximo

Health Advantage Blue Premier (HMO) paga hasta \$1,000 por año calendario

Servicios dentales cubiertos

Limitaciones de beneficios por año calendario

Servicios dentales básicos (restauración básica)

Restauraciones de amalgama (empastes de plata)

2 por año

Restauraciones de compuestos a base de resina (empastes blancos)

2 por año

Extracciones (sacar dientes), simples o quirúrgicas

Reconstrucción, corona

Sin límite

Tratamiento de endodoncia (conducto radicular)

1 por año

Coronas

1 por año

Raspado y alisado radicular periodontal (limpieza profunda)

1 por cuadrante cada 2 años

Mantenimiento periodontal

2 por año

Dentaduras postizas completas o parciales

1 conjunto de dentaduras postizas completas o parciales cada A los 5 años


Ajustes de dentaduras postizas completas

1 por año

50%

Para encontrar un proveedor de la vista dentro de la red, visite www.HAmedicare.com.

*Se deduce cualquier copago aplicable a los materiales y servicios cubiertos en su totalidad. De acuerdo con las leyes aplicables; los beneficios pueden variar según la ubicación.

<p>Ajustes de dentaduras postizas parciales</p> <p>50%</p> <p>2 por año</p>	<p>50%</p>	<p>Revestimiento de dentadura postiza (no está cubierto dentro de los 6 meses posteriores a la colocación)</p>
<p>Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener detalles. Los dentistas de la red han acordado brindar servicios a una tasa negociada. Si ve a un dentista de la red, no se le puede facturar más que esa tarifa. Los beneficios recibidos fuera de la red no están cubiertos.</p>		
<p>Para encontrar un proveedor dental dentro de la red, visite www.HAmedicare.com.</p> <p>Los miembros de Health Advantage Blue Premier (HMO) también tienen acceso a Dental Xtra, un programa para miembros que están embarazadas, tienen diabetes, enfermedad de las arterias coronarias, han sufrido un accidente cerebrovascular o han sido diagnosticados con cáncer bucal, cáncer de cabeza y cuello o síndrome de Sjögren. EL mismo proporciona a los miembros que califican beneficios dentales adicionales, que se pagan al 100% cuando se utiliza un dentista participante. No contará para el monto máximo en dólares que su plan dental cubrirá para el año calendario y no requiere copago, coseguro ni deducible. Para obtener más información, visite arkansasdentalblue.com.</p>		
<p>Servicios para la vista</p> <p>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p> <p>Examen de la vista de rutina: \$0 de copago (1 por año)</p> <p>Retinopatía diabética: \$0 de copago para exámenes de detección de glaucoma: \$0 de copago</p>		
<p>Servicios de la vista integrales </p> <p>Anteojos (lentes y marcos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los lentes recetados de vidrio o plástico, visión simple, bifocales con revestimiento, trifocales con revestimiento o lenticulares están cubiertos en su totalidad • Cubierto en su totalidad* hasta la asignación minorista de \$100 cada 2 años (se puede aplicar un copago de \$10) <p>Lentes de contacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los lentes de contacto son en lugar de los anteojos (lentes y marcos). Asignación de hasta \$100 (se puede aplicar un copago de \$0 a \$10). 		

Servicios de salud mental	<p>Pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 a 5. • \$0 de copago por día para los días 6 a 90. <p>Pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por sesiones de terapia individual • \$40 de copago por sesiones de terapia grupal
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.</i>	
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Su plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día para los días 1 a 20. • \$184 de copago por día para los días 21 a 100.
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.</i>	
Servicios de rehabilitación	<p>Fisioterapia: \$40 de copago</p> <p>Terapia ocupacional: \$40 de copago</p> <p>Terapia del habla: \$40 de copago</p> <p>Servicios de tratamiento con opioides: \$40 de copago</p> <p>Rehabilitación cardíaca: \$25 de copago</p> <p>Rehabilitación pulmonar: \$15 de copago</p>
<i>No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.</i>	
Ambulancia (terrestre)	\$265 de copago
Ambulancia (aérea)	20% del costo
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>20% del costo de los medicamentos para quimioterapia/radiación</p> <p>20% del costo por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>



Beneficios de medicamentos con receta médica

Deducible de farmacia (Parte D)	<p>Health Advantage Blue Classic (HMO) tiene un deducible de \$250 para medicamentos de nivel 3, 4 y 5. Paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcance \$250. Luego, solo paga la parte que le corresponde del costo. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año en los niveles 3, 4 y 5.</p>
Etapas de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de tus medicamentos y tú pagas tu parte</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año (costos totales de medicamentos pagados por usted y nuestro plan) alcancen \$4,130. Cuando alcance este monto, pasará al período sin cobertura.</p> <p>Puedes obtener tus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo.</p>

Health Advantage Blue Premier (HMO)

	Minorista		Pedidos por correo	
	Suministro para 30 días	Hasta un máximo de 100 días de suministro	Suministro para 30 días	Hasta un máximo de 100 días de suministro
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3	\$6	\$3	\$6
Nivel 2: Genéricos	\$10	\$20	\$10	\$20
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$94	\$47	\$94
Nivel 4: Medicamento no preferido	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	28%	28%	28%	28%
Nivel 6: Nivel de medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0

Etapa del período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también denominada “agujero de rosquilla”). En el período sin cobertura, existe un cambio temporal en lo que paga por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) llega a **\$4,130**. Permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año alcancen **\$6,550**.

Durante el período sin cobertura:

- Paga los mismos copagos que pagó en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos en el nivel 6 (nivel de medicamentos de atención selecta).
- Para los medicamentos en todos los demás niveles, paga el 25% del costo

Etapa de cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de desembolso directo por año por medicamentos (incluso medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y de pedido por correo) llegan a **\$6,550**, paga lo que sea mayor de lo siguiente:

- 5 % del costo o
- \$3.70 de copago para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$9.20 de copago para todos los demás medicamentos.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.



Cobertura adicional de medicamentos

Beneficio de medicamentos de nivel 6

\$0 de copago para medicamentos especializados destinados a mejorar la adherencia al medicamento para ciertas afecciones crónicas, como la presión arterial alta, el colesterol alto y la diabetes. Este nivel también incluye cobertura para medicamentos de Medicare típicamente no cubiertos para la disfunción eréctil y la pérdida de peso.



Beneficios médicos adicionales

Servicios quiroprácticos

\$15 de copago para servicios cubiertos por Medicare.

Suministros para diabéticos

- **\$0** de copago por suministros para la diabetes
- **20%** del costo por calzado terapéutico o plantillas ortopédicas para la diabetes

Equipo médico y suministros

- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno): **20%** del costo
- Suministros médicos: **20%** del costo
- Prótesis (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos): **20%** del costo

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

- Sesiones de terapia individual: **\$40** de copago
- Sesiones de terapia grupal: **\$40** de copago

Podología

- **\$35** de copago por cada visita cubierta por Medicare.
- **\$35** de copago para el cuidado de los pies de rutina (hasta 6 visitas)

Acupuntura

- **\$0** de copago (para hasta 6 visitas)

No se necesita referencia. Se puede requerir autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Masaje terapéutico

- **\$0** de copago (para hasta 6 visitas)



Reciba más con Health Advantage

Recompensas saludables Healthy Blue

Cuida de su salud y nosotros cuidamos de usted. Cuando complete actividades de atención médica selectas como realizar su consulta de bienestar anual u obtiene una vacuna contra la gripe, le enviaremos recompensas con tarjetas de regalo.

Servicios auditivos integrales

Su plan cuenta con beneficios auditivos ampliados además de los beneficios auditivos cubiertos por Original Medicare.

Beneficios dentales integrales

Su plan cuenta con beneficios dentales ampliados además de los beneficios dentales cubiertos por Original Medicare.

Su plan cuenta con beneficios de la vista ampliados además de los beneficios de la vista cubiertos por Original Medicare.

Nurse24

Los miembros de Health Advantage obtienen acceso a la línea de enfermería Nurse24, que le brinda acceso a una enfermera titulada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las enfermeras pueden proporcionar información sobre el tratamiento a domicilio de enfermedades y lesiones menores, cómo prepararse para las consultas médicas, comprender sus medicamentos recetados y mucho más.

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®

Obtiene una membresía básica del gimnasio, incluyendo clases de acondicionamiento físico, sin costo adicional para usted.

My Blueprint

Como miembro de Health Advantage, obtiene acceso a My Blueprint, nuestro portal de miembros digital. Con My Blueprint puede ver la información de reclamos, encontrar un médico, ver información de póliza, encontrar una farmacia o consultar los costos de medicamentos recetados y acceder a su cuenta de SilverSneakers.

The Wire

Inscríbese en The Wire y le enviaremos mensajes de texto que lo vinculan a su propio canal de miembro personalizado. Le hablaremos sobre métodos de ahorro de costos, recordatorios preventivos, formas de maximizar sus beneficios y mucho más. Es seguro, compatible con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y no hay nada que descargar.

Servicios de apoyo en el hogar

Papa, Inc. proporcionará 40 horas al año de ayuda con lo siguiente: asistencia para programar y asistir a visitas médicas, transporte hacia/desde el médico y la farmacia, asistencia tecnológica con servicios de tele salud, limpieza ligera, tareas domésticas y preparación de comidas en el hogar o virtualmente, según corresponda.

Beneficio de productos de venta libre

Cada trimestre, le daremos una asignación de \$25 para gastar en medicamentos de venta libre.

Modelo de ahorros para personas mayores de la Parte D

La insulina selecta está disponible con un copago máximo de \$35 para un suministro de 30 días en la etapa de deducible, cobertura inicial y período de cobertura del beneficio de la Parte D.

Beneficio de comidas

Inmediatamente después de la cirugía o del alta de un centro de enfermería especializada o de una hospitalización para pacientes internados, un máximo de dos (2) comidas por día durante un máximo de siete (7) días por un máximo de catorce (14) comidas, por afiliado, por año, según corresponda.

EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD

HMO Partners, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Health Advantage, ofrece planes HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Health Advantage depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción exhaustiva de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-349-9335 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-877-349-9335. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 8.00 p.m., hora del Centro.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-662-2276 (TTY: 711).
