

Resumen de beneficios

para **Simply Complete (HMO SNP)**

Disponible en: Condado de Polk

Año del plan: 1.º de enero de 2018 – 31 de diciembre de 2018

En esta sección, conocerá sobre algunos de los beneficios y servicios que cubrimos y otros detalles importantes para ayudarlo a elegir el plan adecuado de Medicare Advantage para usted. A pesar de que el Resumen de Beneficios no lista cada servicio, límite o exclusión, la *Evidencia de Cobertura* sí lo hace. Simplemente llámenos y solicite una copia.

¿Tiene preguntas? Aquí le indicamos cómo ponerse en contacto con nosotros y nuestro horario de atención:

- Si **no es** un afiliado de este plan, llámenos al número gratuito **1-888-577-0212** (TTY: **711**), y siga las instrucciones para que le pongan en contacto con un representante.
- Si **es** un afiliado de este plan, llámenos al número gratuito **1-877-577-0115** (TTY: **711**). atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. ET, los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.
- Usted puede obtener más información en nuestro sitio web, **www.mysimplymedicare.com**.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como de Medicare.

Lo que debe saber sobre nuestro plan

Simply Complete (HMO SNP) es un plan Medicare Advantage y de medicamentos recetados. Incluye beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados en un solo plan. Para inscribirse en este plan, debe:

- Tener derecho a Medicare Parte A,
- Estar inscrito en Medicare Parte B y Florida Medicaid y
- Vivir en el área de servicios (lea a continuación).

Nuestra área de servicios incluye: Polk

Con este plan, debe recurrir a los médicos y centros de nuestro plan. Si recurre a un médico o centro que no esté en nuestro plan, es posible que no cubramos los servicios.

Puede encontrar un médico de nuestro plan en línea.

Ingresa a **www.mysimplymedicare.com** y seleccione "*Find a Doctor or Pharmacy*" (*Encontrar un médico o una farmacia*).



¿Qué cubrimos?

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare: Parte A (servicios hospitalarios) y Parte B (servicios médicos), y más. Los afiliados del plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales están cubiertos en esta guía de inscripción.
- Los medicamentos de Medicare Parte D y de Medicare Parte B (como quimioterapia y algunos otros medicamentos administrados por su proveedor).
- Para ver si sus medicamentos recetados están cubiertos, puede ver nuestro *Formulario* (lista de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web ingresando a www.mysimplymedicare.com.

¿Cuáles son los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en “niveles”. El importe a pagar depende del nivel del medicamento y la etapa del beneficio que haya alcanzado.

Cómo averiguar el costo de sus medicamentos cubiertos:

Paso 1: Busque su medicamento en el *Formulario*.

Paso 2: Identifique el nivel del medicamento.

Paso 3: Diríjase a la sección *Resumen de cobertura de medicamentos recetados de 2018* de esta guía para que coincida con el nivel.



¿Puedo utilizar cualquier farmacia para surtir mis recetas cubiertas?



Para obtener el mejor ahorro por sus medicamentos cubiertos de la Parte D, generalmente debe recurrir a una farmacia de nuestro plan. Puede obtener sus medicamentos cubiertos a través de farmacias que no estén en nuestro plan solo cuando no pueda obtener sus medicamentos recetados a través de una farmacia que esté en nuestro plan.

Nuestro plan ofrece farmacias preferidas y estándar. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos serán los mismos si utiliza una farmacia preferida o estándar.

Para encontrar una farmacia de nuestro plan, busque nuestro *Directorio de Farmacias* en línea en nuestro sitio web en **www.mysimplymedicare.com**.

¿Cómo puedo saber más acerca de Medicare?



Si aún no le queda claro qué es Medicare y cómo funciona, consulte su manual *Medicare y Usted* actual. Si no tiene una copia, puede consultarla en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia a Medicare 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.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, llame y solicite a los otros planes una copia de los folletos con el Resumen de beneficios.

Ahora que se ha familiarizado con el funcionamiento de Medicare y algunos de los beneficios incluidos en el plan, es momento de considerar el tipo de plan que necesita. En las próximas páginas, podrá ver más acerca de los beneficios de nuestro plan para ayudarle a decidir el plan adecuado para usted.





Resumen de beneficios médicos de 2018



Cobertura de Medicare que va más allá de Original Medicare

Nuestros planes ofrecen aún más beneficios de los que obtiene con Original Medicare. Asegúrese de informarse de los beneficios médicos adicionales disponibles para usted en la sección *Más Beneficios* en el reverso de esta guía.

Infórmese

Antes de continuar, hay algunos aspectos importantes que debe conocer conforme analiza nuestras opciones del plan:

- Los servicios con un ¹ podrían requerir una autorización previa (aprobación previa).
- Los servicios con un ² podrían requerir una remisión por parte de su médico o de su médico de atención primaria (PCP).

Simply Complete (HMO SNP)

¿Cuánto cuesta mi prima (pago mensual)?

\$0.00 por mes

La prima de la Parte B está cubierta por Florida Medicaid para los inscritos en el D-SNP.

¿Cuánto es mi deducible?

Este plan no tiene deducible médico.

¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios médicos cubiertos? (no incluye medicamentos de la Parte D)

\$3,400 al año de médicos y centros de nuestro plan.

Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales sobre sus gastos de bolsillo para atención médica y hospitalaria.

El límite de los servicios que obtiene de médicos o centros de nuestro plan llega hasta el límite anual. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año. Esto se aplica a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (dentro y fuera de nuestro plan).

Aún deberá pagar sus primas mensuales (si tiene) y distribución de costos para sus medicamentos recetados de la Parte D.

Servicios hospitalarios para pacientes internados^{1,2}

Centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de internación hospitalaria.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Visitas al consultorio del médico²

Visita al Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

PCP de nuestro plan: Copago de \$0.00

Consulta con un especialista:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Pruebas de atención preventivas y exámenes físicos anuales

Pruebas de atención preventivas:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Examen físico anual:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Pruebas de atención preventivas y exámenes físicos anuales - continuación

Pruebas de atención preventiva cubiertas:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento para pacientes con problemas de alcoholismo
- Visita anual de bienestar
- Examen de densitometría ósea
- Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)
- Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles)
- Prueba de detección de depresión
- Programa de prevención de la diabetes
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección del VIH
- Pruebas de detección del cáncer de pulmón
- Servicios de terapia nutricional médica
- Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento
- Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco)
- Vacunas, incluidas vacunas antigripales, contra la hepatitis B y neumocócica
- Visitas preventivas “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio adicional preventivo aprobado por Medicare durante el contrato anual tendrá cobertura. Cuando acude a médicos de este plan, el 100 % del costo de exámenes de detección con fines preventivos y revisiones físicas anuales están cubiertos.

Simply Complete (HMO SNP)

Atención de emergencia

Copago de \$0.00

Fuera de EE. UU., este plan puede cubrir atención de emergencia, atención urgente y transporte terrestre hasta un límite de \$50,000. Si el costo del servicio es superior a \$50,000, usted pagará la diferencia.

Servicios de urgencia

Copago de \$0.00

Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas [CT])^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Pruebas y procedimientos de diagnóstico^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Servicios de laboratorio^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Radiografías para pacientes ambulatorios^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radioterapia para el cáncer)^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Servicios de audición¹

Servicios de audición cubiertos por Medicare

Examen para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Servicios auditivos de rutina:

Este plan cubre 1 examen de audición de rutina y colocación/evaluación(es) de audífonos por año. \$1,000.00 como máximo de beneficio del plan para audífonos por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00 por prueba(s) de audición de rutina. Copago de \$0.00 para audífonos.

Los beneficios de audición se ofrecen a través de Hear USA. Para obtener más detalles, llame a servicios al afiliado.

Servicios dentales¹

Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o la sustitución de dientes):

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de \$0.00

Servicios dentales preventivos:

Este plan cubre: 2 exámenes, 2 limpiezas de profilaxis, 2 series de radiografías de aleta de mordida y una radiografía panorámica por año.

Dentistas de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Servicios dentales¹ - continuación

Servicios dentales integrales:

Este plan cubre hasta: 2 amalgamas o empastes de resina, extracciones simples o quirúrgicas ilimitadas (en 1 o más visitas), un juego de dentaduras completa o parcial cada cinco años, y 1 ajuste/revestimiento de dentadura por año. Procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios, incluidos analgésicos.

Médicos y dentistas de nuestro plan: Copago de \$0.00

Cubrimos más cuidado dental que Original Medicare. Puede utilizar nuestra cobertura para estos servicios y más: exámenes adicionales, limpiezas, radiografías, rellenos y reparaciones, tratamientos de conductos (endodoncia), coronas dentales (fundas), puentes e implantes y dentaduras postizas.

Cualquier monto que no haya usado al final del trimestre se transferirá al siguiente. Cualquier monto no utilizado al final del año calendario vencerá.

Los beneficios dentales se ofrecen a través de DentaQuest. Para obtener más detalles, llame a servicios al afiliado.

Servicios oftalmológicos¹

Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Servicios oftalmológicos¹ - continuación

Servicios visuales de rutina:

Examen ocular de rutina

Este plan cubre 1 examen ocular de rutina por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Accesorios rutinarios para los ojos (lentes y armazones)

Este plan cubre hasta \$300.00 por anteojos o lentes de contacto por año.

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Los beneficios de la visión se ofrecen a través de Premier Eye Care. Para obtener más detalles, llame a servicios al afiliado.

Atención de salud mental

Visita de pacientes internados:^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Nuestro plan tiene un límite de duración de 190 días para los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados brindados por una unidad psiquiátrica de un hospital general.

Este plan cubre:

- 90 días por internación en el hospital.
- 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "adicionales" que cubrimos una vez en su vida. Si su internación hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que ha usado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación hospitalaria se limitará a 90 días.

Simply Complete (HMO SNP)

Atención de la salud mental - continuación

Servicios de terapia psiquiátrica individual y grupal para pacientes ambulatorios:^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Este plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF).

Terapia física^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Ambulancia¹

Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan: Copago de \$0.00

Transporte

Servicios de transporte de nuestro plan: Copago de \$0.00. Este plan ofrece cobertura para servicios ilimitados de transporte de rutina cada año.

La cobertura del transporte de rutina está limitada a lugares aprobados por el plan (dentro del área de servicios local) proporcionada por el proveedor de transporte contratado, TMS. Si necesita transporte, llame a Servicios al Afiliado al menos con 72 horas de antelación.

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

Medicamentos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Más beneficios y maneras en las que respaldamos su salud



Simply Complete (HMO SNP)

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare:

Proveedores de nuestro plan: Copago de \$0.00

La cobertura de Medicare incluye la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones (cuando uno o más de los huesos de su columna vertebral están fuera de lugar).

Servicios quiroprácticos de rutina:

Copago de \$0.00. Este plan cubre 6 visitas al quiropráctico cada año.

Atención médica a domicilio^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Beneficios de comidas^{1,2}

Copago de \$0.00 por hasta 10 comidas después de ser dado de alta del hospital.

Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios^{1,2}

Visita para terapia individual y grupal:

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Cirugía para pacientes ambulatorios^{1,2}

Centro de cirugía ambulatoria:

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Artículos de venta libre

Este plan cubre determinados fármacos de venta libre y sin receta y artículos aprobados, relacionados con la salud, hasta \$46 por mes. Los montos de medicamentos de venta libre no utilizados no pasarán de mes a mes. Los pedidos de catálogo se limitan a uno por mes.

Visite nuestro sitio web para consultar nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.

Diálisis renal^{1,2}

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Rehabilitación para pacientes ambulatorios^{1,2}

Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (con un límite de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones durante 36 semanas):

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Servicios de rehabilitación pulmonar (del pulmón) (con un límite de 2 sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones):

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Rehabilitación para pacientes ambulatorios^{1,2} - continuación

Visita para terapia ocupacional:

Médicos y centros de nuestro plan: Copago de \$0.00

Cuidado de los pies (servicios de podología)

Servicios de podología cubiertos por Medicare:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Los exámenes y el tratamiento de los pies están cubiertos si padece daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.

Cuidado rutinario de los pies:

Médicos de nuestro plan: Copago de \$0.00

Este plan cubre 12 visita(s) de cuidado rutinario de los pies cada año.

Equipo/Suministros médicos¹

Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)

Proveedores de nuestro plan: Copago de \$0.00

Equipo médico y aparatos protésicos (brackets, extremidades artificiales, etc)

Proveedores de nuestro plan: Copago de \$0.00

Suministros para la diabetes y servicios¹

Proveedores de nuestro plan: Copago de \$0.00

Simply Complete (HMO SNP)

Cobertura de Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (PERS)^{1,2}

Copago de \$0.00

Incluye el dispositivo de monitoreo y servicios de monitoreo. Para iniciar e instalar los servicios, llámenos. Podemos ayudarlo. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información adicional.

Cobertura mejorada de medicamentos

Nuestro plan ofrece cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no cubren los planes de medicamentos recetados de Medicare. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Algunos medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfrío.
- Algunas vitaminas con receta, como el ácido fólico y la vitamina D 50000 UI.
- Algunos fármacos para la disfunción eréctil, como Viagra® o Cialis®, límite de 4 tabletas por mes.

Consulte el **Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos** copago más adelante en este Resumen de beneficios para ver cuánto pagará usted.

El *Formulario* de sus planes incluye información adicional acerca de todos los medicamentos cubiertos por este beneficio.

Simply Complete (HMO SNP)

Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®*

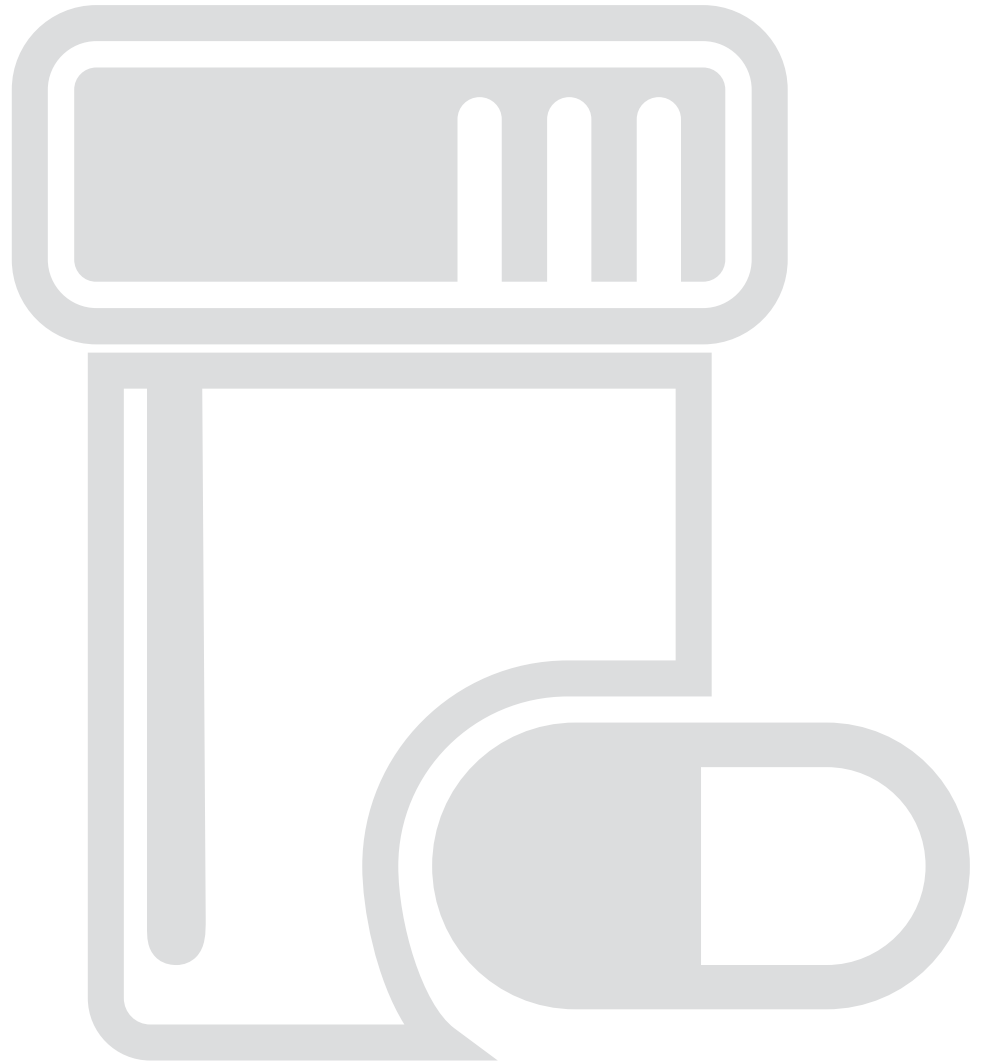
Copago de \$0.00

Cuando se convierta en afiliado, puede inscribirse en SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para conocer más detalles, visite **www.silversneakers.com** o simplemente llame a los Servicios a los afiliados al **1-877-577-0115** (TTY: 711), atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. ET, los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.

* El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers lo proporciona Tivity Health, una compañía independiente. Tivity Health y SilverSneakers son marcas registradas o marcas de Tivity Health, Inc., y/o sus subsidiarias y/o afiliadas en EE.UU y/u otros países. © 2017 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.



Resumen de la cobertura de medicamentos recetados de 2018



Sepa a dónde ir:

Una vez que se convierta en afiliado de nuestro plan, los capítulos 5 y 6 de su *Evidencia de Cobertura* incluye muchos detalles importantes acerca de sus beneficios de farmacia.

Simply Complete (HMO SNP)

¿Cuánto pago por los medicamentos de la Parte D?

Etapa 1: Deducible

Esta etapa no es aplicable a usted porque recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare.

Etapa 2: Cobertura inicial

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$3,750. El total anual de los costos de medicamentos es el total de los costos de medicamentos que pagan usted y el plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos cubiertos en las farmacias minoristas y farmacias de venta por correo de nuestro plan.

En general, únicamente puede obtener sus medicamentos cubiertos de farmacias que no forman parte de nuestro plan cuando no pueda obtener sus medicamentos recetados de una farmacia de nuestro plan.

Si vive en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Etapa 2: Cobertura inicial

Simply Complete (HMO SNP)

Minorista Preferida, Minorista Estándar y Distribución de costos Estándar de Venta por Correo	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2: Genéricos	\$0.00	\$0.00
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$0.00 - \$8.35. El monto que paga se determina por medio de la receta cubierta de la Parte D y su cobertura de subsidio por ingresos bajos. Consulte su LIS Rider para saber el monto específico que debe pagar.	\$0.00 - \$8.35. El monto que paga se determina por medio de la receta cubierta de la Parte D y su cobertura de subsidio por ingresos bajos. Consulte su LIS Rider para saber el monto específico que debe pagar.
Nivel 4: De marca no preferidos	\$0.00 - \$8.35. El monto que paga se determina por medio de la receta cubierta de la Parte D y su cobertura de subsidio por ingresos bajos. Consulte su LIS Rider para saber el monto específico que debe pagar.	No disponible para un suministro prolongado
Nivel 5: Medicamentos Especiales		No disponible para un suministro prolongado

Etapa 2: Cobertura inicial

Simply Complete (HMO SNP)

Minorista Preferida, Minorista Estándar y Distribución de costos Estándar de Venta por Correo	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
	\$0.00 - \$8.35. El monto que paga se determina por medio de la receta cubierta de la Parte D y su cobertura de subsidio por ingresos bajos. Consulte su LIS Rider para saber el monto específico que debe pagar.	

Etapa 3: Etapa sin cobertura

Simply Complete (HMO SNP)

Cuando comienza la etapa sin cobertura, pagará el nivel de distribución de costos de su subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) para sus medicamentos genéricos y de marca, salvo que su plan tenga una etapa sin cobertura genérica adicional. Seguirá sin cobertura hasta que sus costos sumen \$5,000, que es el final de la etapa sin cobertura. Nota: no todas las personas entrarán en la etapa sin cobertura.

Para saber más acerca de su etapa adicional sin cobertura, consulte el siguiente gráfico para saber cuánto pagará por sus medicamentos cubiertos.

Minorista Preferida, Minorista Estándar y Distribución de costos Estándar de Venta por Correo	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
Nivel 1: Genéricos preferidos Medicamentos cubiertos; todos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2: Genéricos Medicamentos cubiertos; todos	\$0.00	\$0.00

Etapa 4: Periodo de cobertura catastrófica

Simply Complete (HMO SNP)

Después de que los costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en farmacias minoristas y en farmacias de venta por correo) alcanzan los \$5,000, no paga nada para los medicamentos cubiertos para el resto del año.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid



¿Tiene preguntas?

Lo que paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene dudas acerca de su elegibilidad para Medicaid y de los beneficios a los que tiene derecho, llame a: 1-888-419-3456

Resumen de beneficios de Medicaid y protección de distribución de costos

Elegibilidad

El plan Simply Complete (HMO SNP) está disponible para todo el mundo con las Partes A y B de Medicare y que reciba Asistencia Médica del programa Medicaid del estado para cubrir la distribución de costos de Medicare.

- Los afiliados de Simply Complete (HMO SNP) con estado de **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, Qualified Medicare Beneficiary)** están cubiertos por el programa Florida Medicaid para su distribución de costos de Medicare. Algunos afiliados de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- Los afiliados del plan Simply Complete (HMO SNP) con cobertura **completa de Medicaid** (estado de **Beneficio doble completo elegible [FBDE, Full Benefit Dual Eligible]**) están inscritos en el programa Florida Medicaid que paga su distribución de costos de Medicare. Estos afiliados también son elegibles para recibir los beneficios adicionales de Medicaid descritos a continuación.
- Los afiliados de Simply Complete (HMO SNP) con estatus de **Specified Low-Income Beneficiary (SLMB)** están cubiertos por el programa Florida Medicaid para su distribución de costos de Medicare. Algunos afiliados de SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).
- Los afiliados del plan Simply Complete (HMO SNP) que sean **Personas calificadas (Qualified Individual, QI)** están cubiertos por el programa Florida Medicaid para su prima de la Parte B de Medicare.

Distribución de costos y protección de distribución de costos para todos los afiliados

En un plan Simply Complete (HMO SNP) el programa Medicaid del estado paga la distribución de costos por los servicios médicos cubiertos por Medicare que usted reciba. Usted no paga ninguna distribución de costos por los beneficios cubiertos por Medicaid descritos en este Resumen de beneficios. Usted paga pequeños copagos por recetas con cobertura de beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Cuando usted recibe servicios sanitarios, el proveedor solo debe cobrarle a Simply Complete (HMO SNP) o al programa Medicaid del

estado por el costo de dichos servicios o de los montos de distribución de costos. El proveedor no debe cobrarle a usted por los servicios o la distribución de costos.

Si usted recibe atención de un proveedor no contratado, el proveedor podría no comprender el plan Simply Complete (HMO SNP) o estas normas de facturación. Si usted recibe una factura de un proveedor por servicios con cobertura de Medicare, notifíquelo a servicios al afiliado para que podamos ayudarlo. Consulte el Capítulo 7, de la Evidencia de Cobertura de Simply Complete (HMO SNP) para obtener más información.

Sección A. Afiliados de Simply Complete (HMO SNP) con cobertura completa de Medicaid

Medicaid cubre los servicios descritos a continuación. Medicare cubre los beneficios descritos en el Resumen de Beneficios. Por cada beneficio enumerado a continuación, podrá ver lo que cubre Florida Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Lo que paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Los afiliados con beneficios completos de Medicaid pueden obtener los siguientes servicios a través del programa de cargo por servicio de Medicaid:

Beneficio	Florida Medicaid	Simply Complete (HMO SNP)
Enfermero profesional registrado avanzado	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de centro de cirugía ambulatoria	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de atención de asistencia	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.

Beneficio	Florida Medicaid	Simply Complete (HMO SNP)
Servicios de salud del comportamiento	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios clínicos	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de quiropráctica	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios dentales	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Inmunizaciones	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de emergencia	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de audición	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de atención médica a domicilio y atención de enfermería	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios para enfermos terminales	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.

Beneficio	Florida Medicaid	Simply Complete (HMO SNP)
Servicios hospitalarios	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de laboratorio y diagnóstico por imágenes	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Suministros médicos, equipo médico duradero, prótesis y dispositivos ortopédicos	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios optométricos y de visión	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de asistente de médico	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios del médico	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de podología	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de medicamentos recetados	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de diálisis renal	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.

Beneficio	Florida Medicaid	Simply Complete (HMO SNP)
Servicios de terapia	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.
Servicios de transporte	Cubierto por Medicaid según su nivel de elegibilidad.	Cubierto por Simply Complete. Consulte su Evidencia de Cobertura.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-577-0115** (TTY: **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días feriados) desde el 1° de octubre hasta el 14 de febrero, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar dependiendo del nivel de "Ayuda Extra" (Extra Help) que reciba. Consulte el plan para más detalles.

El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención médica coordinada con un contrato Medicare y un contrato Medicaid con la Agencia de Administración de Cuidado de la Salud (AHCA) del estado de la Florida para proveer o coordinar los beneficios a ser proporcionados a los afiliados. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.