

# Resumen de beneficios

para **Simply Level (HMO SNP)**

**Disponible en:** Condados de Orange, Osceola y Seminole

**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](http://www.mysimplymedicare.com)**.

# Lo que debe saber sobre nuestro plan

Simply Level (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
- Tener un diagnóstico de su médico de diabetes mellitus y
- Vivir en el área de servicios (lea a continuación).

**Nuestra área de servicios incluye:** Orange, Osceola, Seminole

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](http://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. Para algunos de estos beneficios, tal vez usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, tal vez pague menos (consulte la sección de beneficios para obtener más detalles).
- 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](http://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 (consulte **Las cuatro etapas de cobertura**).

### 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.

Para encontrar una farmacia de nuestro plan, busque nuestro *Directorio de Farmacias* en línea en nuestro sitio web en **[www.mysimplymedicare.com](http://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](http://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 Medicare que va más allá de Original Medicare**

Nuestros planes proporcionan aún más beneficios de los que obtendría con Original Medicare. Asegúrese de ver los beneficios de salud adicionales disponibles en la sección *Más beneficios* en la parte posterior de esta guía.

### **Infórmese**

Antes de continuar, aquí hay algunas cosas importantes a saber al revisar nuestras opciones de planes:

- Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir una autorización previa (aprobación previa).
- Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP).

## Simply Level (HMO SNP)

### ¿Cuánto cuesta mi prima (pago mensual)?

\$0.00 por mes

Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.

### ¿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 por año por médicos e instalaciones en nuestro plan.

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

El límite para los servicios que usted obtiene de doctores o instalaciones en nuestro plan va hacia el límite anual. Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gastos de bolsillo, usted no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año. Esto se aplica a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (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<sup>1,2</sup>

### Centros de nuestro plan:

- Días 1 a 8: \$75 por día / Días 9 - 90: \$0 por día



## Simply Level (HMO SNP)

### Servicios hospitalarios para pacientes internados<sup>1,2</sup> - continuación

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para la internación de un paciente.

Los copagos para los beneficios de los pacientes internados se basan en los periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y termina cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un SNF después de la finalización de un periodo de beneficios, se inicia un periodo de beneficios. Debe pagar el deducible para hospitales como paciente internado por cada periodo de beneficios. No existe límite a la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$0.00 - \$100.00

Lo que usted pague dependerá del servicio y de dónde reciba tratamiento. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.

### Visitas al consultorio del médico<sup>2</sup>

**Visita al médico de atención primaria (PCP):**

**PCP de nuestro plan:** Copago de \$0.00

**Consulta con un especialista:**

**Médicos de nuestro plan:** Copago de \$15.00

## Simply Level (HMO SNP)

### Pruebas de atención preventivas

#### Pruebas de atención preventivas:

**Médicos en nuestro plan:** Copago de \$0.00

#### 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
- Prueba de detección del 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 utilice médicos en este plan, el 100 % del costo de las pruebas de detección por atención preventiva están cubiertos.

## Simply Level (HMO SNP)

### Atención de Emergencia

Copago de \$75.00

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

Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo de atención de emergencia.

### Servicios urgentemente necesarios

Copago de \$0.00

### Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas [CT])<sup>1,2</sup>

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$0.00 - \$100.00

Lo que usted pague por estos servicios puede variar según dónde reciba el tratamiento.

### Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>1,2</sup>

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$0.00 - \$100.00

Lo que usted pague por estos servicios puede variar según dónde reciba el tratamiento.

### Servicios de laboratorio<sup>1,2</sup>

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

## Simply Level (HMO SNP)

### **Radiografías para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>**

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$0.00 - \$100.00

Lo que usted pague por estos servicios puede variar según dónde reciba el tratamiento.

### **Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radioterapia para el cáncer):<sup>1,2</sup>**

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$0.00 - \$60.00

Lo que usted pague por estos servicios puede variar según dónde reciba el tratamiento.

### **Servicios de Audición<sup>1</sup>**

#### **Servicios de audición cubiertos por Medicare**

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

**Médicos en 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 en 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. Llame a servicios al afiliado para obtener más información.

## Simply Level (HMO SNP)

### Servicios dentales<sup>1</sup>

**Servicios dentales cubiertos por Medicare** (esto no incluye los servicios para 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

### Servicios dentales integrales:

Este plan cubre hasta: 2 amalgamas o empastes de resina, 6 extracciones simples o quirúrgicas (en 1 o más visitas), un juego de dentaduras completa o parcial cada cinco años, y 1 ajuste de dentadura por año. Procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios, incluidos analgésicos.

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

Los beneficios dentales son ofrecidos a través de DentaQuest. Comuníquese con el servicios al afiliado para obtener más detalles.

### Servicios oftalmológicos<sup>1</sup>

#### Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:

**Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista**

**Médicos en nuestro plan:** Copago de \$0.00

**Anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas**

**Médicos en nuestro plan:** Copago de \$0.00

## Simply Level (HMO SNP)

### Servicios oftalmológicos<sup>1</sup> - continuación

#### Servicios visuales de rutina:

##### Examen ocular de rutina

Este plan cubre 1 examen ocular de rutina por año.

**Médicos en nuestro plan:** Copago de \$0.00

#### Accesorios rutinarios para los ojos (lentes y armazones)

Este plan cubre hasta \$250.00 por anteojos o lentes de contacto por año.

**Médicos en nuestro plan:** Copago de \$0.00

Los beneficios oftalmológicos son ofrecidos a través de Premier Eye Care. Comuníquese con a servicios al afiliado para obtener más detalles.

### Atención de la salud mental

#### Visita de pacientes internados:<sup>1,2</sup>

**Médicos y centros de nuestro plan:** Días 1-8: \$75 por día / Días 9-90: \$0 por día

## Simply Level (HMO SNP)

### Atención de la salud mental - continuación

Nuestro plan tiene un límite de 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de cuidado de la salud mental para pacientes internados brindados en un hospital general.

Los beneficios de los copagos para los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF) se basan en periodos de beneficios. El periodo de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no has recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un SNF después de la finalización de un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible para hospitales como paciente internado por cada periodo de beneficios. La cantidad de periodos de beneficios es ilimitada.

Nuestro plan cubre 90 días de internación hospitalaria.

Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación hospitalaria se limitará a 90 días.

### Servicios de terapia psiquiátrica individual y grupal para pacientes ambulatorios:<sup>1,2</sup>

**Médicos y centros en nuestro plan:** Copago de \$15.00

## Simply Level (HMO SNP)

### **Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)<sup>1,2</sup>**

**Médicos y centros en nuestro plan:** SNF: Días 1 a 20: \$0 por día / Días 21 - 100: \$40 por día

Este plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF). Sus copagos para los beneficios de los SNF se basan en los periodos de beneficios. Un periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada de enfermería durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de la finalización de un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios. No existe límite a la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

### **Terapia física<sup>1,2</sup>**

**Médicos y centros en nuestro plan:** Copago de \$15.00

### **Ambulancia<sup>1</sup>**

#### **Ambulancia terrestre/acuática:**

**Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan:** Copago de \$150.00 por viaje

#### **Ambulancia aérea:**

**Servicios de transporte de emergencia de nuestro plan:** Copago de \$150.00 por viaje

Si es admitido en el hospital, no debe pagar su parte del costo de servicio de ambulancia.



## Simply Level (HMO SNP)

### Transporte

**Servicios de transporte en nuestro plan:** Copago de \$0.00. Este plan ofrece cobertura para 24 servicios de transporte de rutina de ida por 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 Medicare<sup>1</sup>

#### Otros medicamentos de la Parte B:

**Medicamentos en nuestro plan:** Coseguro del 0 % - 20 %

#### Medicamentos para quimioterapia:

**Medicamentos en nuestro plan:** Coseguro del 20 %

# Más beneficios y maneras de apoyar su salud



## Simply Level (HMO SNP)

### Atención quiropráctica

#### 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:

**Proveedores en nuestro plan:** Copago de \$0.00. Este plan cubre 12 visitas al quiropráctico cada año.

### Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>

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

### Beneficios de comidas<sup>1,2</sup>

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

### Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

#### Visita para terapia individual y grupal:

**Médicos y centros en nuestro plan:** Copago de \$50.00

## Simply Level (HMO SNP)

### **Cirugía para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>**

**Centro de cirugía ambulatoria:**

**Médicos y centros en 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 \$21 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<sup>1,2</sup>**

**Médicos y centros en nuestro plan:** Coseguro del 0 % - 20 %

### **Rehabilitación para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>**

**Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones en un periodo de 36 semanas):

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

**Servicios de rehabilitación pulmonar (pulmones)** (con un límite de dos sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones):

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

## Simply Level (HMO SNP)

### Rehabilitación para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup> - continuación

Visita para terapia ocupacional:

**Médicos y centros de nuestro plan:** Copago de \$15.00

### Cuidado de los pies (servicios de podología)

Servicios de podología cubiertos por Medicare:

**Médicos en 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 en nuestro plan:** Copago de \$0.00

Este plan cubre: Visitas de cuidado rutinario de los pies ilimitadas cada año.

### Equipo/Suministros médicos<sup>1</sup>

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

**Proveedores de nuestro plan:** Coseguro del 0 % - 20 % en función del equipo.

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

**Proveedores de nuestro plan:** Coseguro del 20 %

## Simply Level (HMO SNP)

Equipo/Suministros médicos - continuación

**Suministros para la diabetes y servicios:**<sup>1</sup>

**Proveedores de nuestro plan:** Copago de \$0.00

### Cobertura mejorada de medicamentos

Ofrecemos 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 Level (HMO SNP)

### Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers®\*

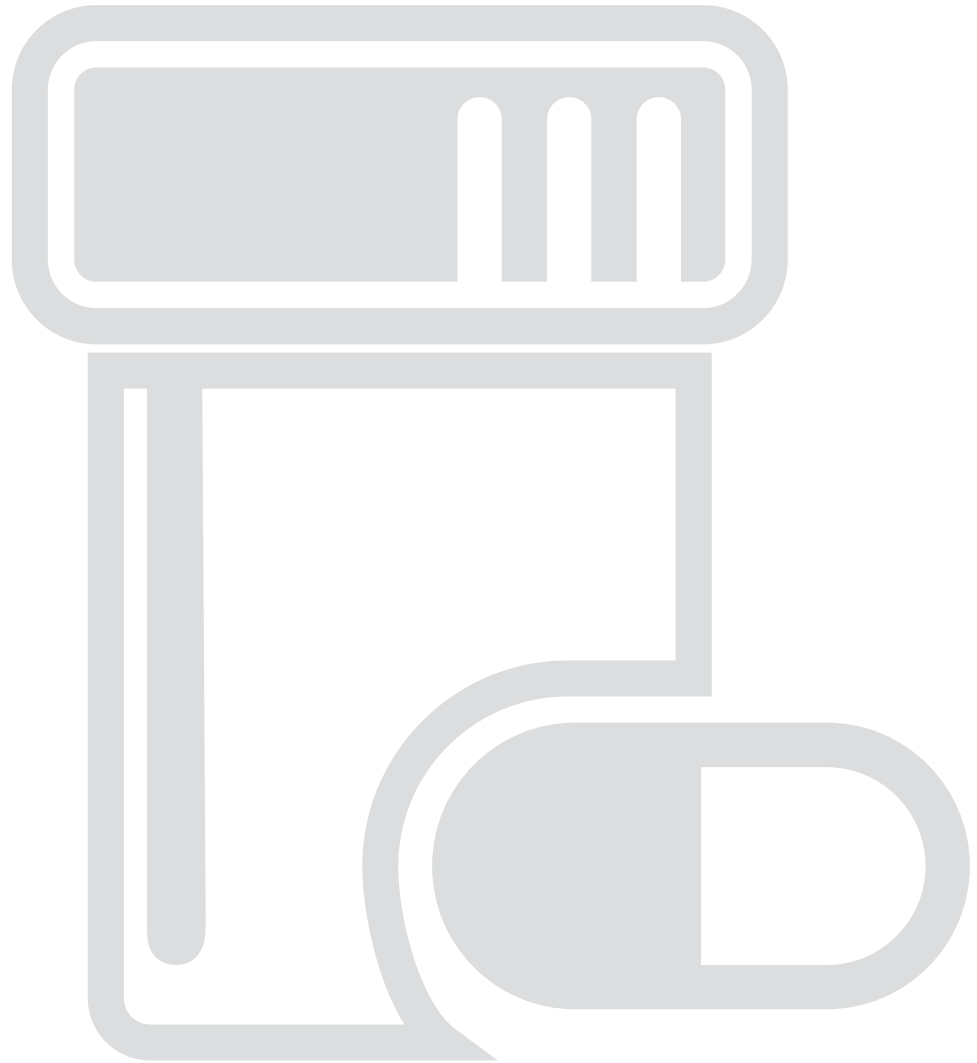
Copago de \$0.00

Cuando se convierta en afiliado, puede inscribirse en SilverSneakers. Está incluido en nuestro plan. Para conocer más detalles, visite **[www.silversneakers.com](http://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.

# Las cuatro etapas de cobertura de medicamentos



Lo que usted paga por su medicamento cubierto depende, en parte, de la etapa de cobertura en la cual se encuentra.

 Etapa 1 <b>Deducible</b>	 Etapa 2 <b>Cobertura inicial</b>	 Etapa 3 <b>Etapa sin cobertura</b>	 Etapa 4 <b>Periodo de cobertura catastrófica</b>
Si cuenta con un deducible, usted abonará el <b>100 %</b> del costo de su medicamento hasta alcanzar su deducible. (Si usted no tiene deducible, o si un nivel específico de medicamento no se aplica al deducible, usted pasará a la Etapa 2).	Usted pagará un copago o un porcentaje del costo, y su plan abonará el resto de sus medicamentos cubiertos.	En esta etapa, usted pagará una mayor parte del costo. Inicia después de que usted y su plan han abonado un monto sobre sus medicamentos cubiertos durante las Etapas 1 y 2 (puede variar según el plan). Ver Etapa 2: Etapa de cobertura inicial a continuación para ver el monto exacto. Cuando comienza la etapa sin cobertura, usted paga <b>35 %</b> del costo del plan por los	En esta etapa, después de que sus gastos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en farmacias de venta por correo y en farmacias minoristas) alcancen los <b>\$5,000</b> , usted paga el mayor de los siguientes montos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5 %</b> del costo, o</li> </ul>



Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
<b>Deducible</b>	<b>Cobertura inicial</b>	<b>Etapa sin cobertura</b>	<b>Periodo de cobertura catastrófica</b>
<p><b>¿En qué etapa de la cobertura estoy?</b></p> <p>Obtendrá una <b>Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)</b> cada mes que abastece una receta. Le indicará en qué etapa de cobertura se encuentra y cuán cerca está de ingresar a la siguiente.</p>		<p>medicamentos de marca cubiertos y <b>44 %</b> del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de <b>\$5,000</b>. Algunos planes tienen cobertura adicional. Consulte la sección “Etapa sin cobertura” para obtener más información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• un copago de <b>\$3.35</b> para medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de <b>\$8.35</b> para todos los demás medicamentos.</li> </ul>

## Simply Level (HMO SNP)

### ¿Cuánto pago por los medicamentos de la Parte D?

#### Etapa 1: Deducible

Este plan no tiene deducible

#### Etapa 2: Cobertura Inicial

Después de que usted paga su deducible anual (si su plan tiene uno), usted paga el monto indicado en la tabla de las páginas siguientes, hasta que sus costos de medicamentos anuales alcancen \$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 en nuestro plan.

Generalmente puede obtener sus medicamentos cubiertos de farmacias no incluidas en nuestro plan solo cuando usted no es capaz de recibir sus medicamentos cubiertos de una farmacia en 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 Level (HMO SNP)

<b>Distribución de costos estándar en farmacias minoristas</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de tres meses</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>	\$25.00	\$75.00
<b>Nivel 4: De marca no preferidos</b>	\$75.00	El suministro a largo plazo no está disponible
<b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b>	33 %	El suministro a largo plazo no está disponible

<b>Distribución de costos estándar de venta por correo</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de tres meses</b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>	\$25.00	\$75.00
<b>Nivel 4: De marca no preferidos</b>	\$75.00	El suministro a largo plazo no está disponible
<b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b>	33 %	El suministro a largo plazo no está disponible

## Etapa 3: Etapa Sin Cobertura

### Simply Level (HMO SNP)

Cuando entra en la etapa sin cobertura, usted paga el 35 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 44 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$5,000, lo que constituye el final de la etapa sin cobertura. No todas las personas entrarán en el periodo sin cobertura.

Para obtener más información sobre su etapa adicional sin cobertura, consulte el siguiente gráfico para averiguar cuánto pagará por sus medicamentos cubiertos

Distribución de costos estándar en farmacias minoristas	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b> Medicamentos cubiertos: todos	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 2: Genéricos</b> Medicamentos cubiertos: todos	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Medicamentos cubiertos: algunos	\$25.00	\$75.00
<b>Nivel 4: De marca no preferidos</b> Medicamentos cubiertos: algunos	\$75.00	El suministro a largo plazo no está disponible

### Etapa 3: Etapa Sin Cobertura

#### Simply Level (HMO SNP)

Distribución de costos estándar de venta por correo	Suministro de un mes	Suministro de tres meses
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b> Medicamentos cubiertos: todos	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 2: Genéricos</b> Medicamentos cubiertos: todos	\$0.00	\$0.00
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Medicamentos cubiertos: algunos	\$25.00	\$75.00
<b>Nivel 4: De marca no preferidos</b> Medicamentos cubiertos: algunos	\$75.00	El suministro a largo plazo no está disponible

## **Etapa 4: Periodo de cobertura catastrófica**

### **Simply Level (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, usted paga el monto que sea mayor:

- 5% del costo, o
  - \$3.35 de copago por genéricos (incluyendo los medicamentos de marca considerados como genéricos) y un copago de \$8.35 para todos los otros medicamentos.
-

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.

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.